

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Tereza Sudová

Přístupy k prevenci kouření

Attitudes to Smoking Prevention

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 22. 3. 2011

Tereza Sudová

Identifikační záznam:

SUDOVÁ, Tereza. *Přístupy k prevenci kouření. [Approaches to Smoking Prevention]*. Praha, 2011. 76 s., 5 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe 1. LF UK 2011. Vedoucí práce Mgr. Kulhavá, Miluše.

Abstrakt:

Předmětem bakalářské práce „Přístupy k prevenci kouření“ je analýza postojů pražských středních zdravotnických škol a jejich studentů k prevenci kouření. V první části práce je shrnut historický a současný pohled na obecnou problematiku kouření, je zdůrazněn negativní dopad kouření na lidský organismus. Dále jsou v práci zmíněna preventivní opatření a programy prevence zdraví. V druhé části v rámci vlastního výzkumného šetření uvádím srovnání dvou středních zdravotnických škol a vlastní analýzu výzkumu. V této části se zabývám zejména pohledem studentů na problematiku kouření a uvádím vlastní návrhy pro praxi.

Abstract:

The subject of the bachelor thesis "Attitudes to smoking prevention" is the analysis of attitudes of secondary medical schools in Prague and of their students towards preventing smoking. The first part of the thesis summarizes the historical and contemporary view on the subject of smoking from a general standpoint and it emphasizes the negative effect of smoking on the human organism. The thesis also mentions preventative measures and health programs. The second part is based on my own research and it contains a comparison of two secondary medical schools and also an analysis of said research. Here I deal with the view of students on the issue of smoking in particular and list my own practical suggestions.

Klíčová slova v češtině: kouření, preventivní programy, výuka, studenti, pasivní kouření, tabák, karcinom plic, kuřák, nekuřák, závislost, zdravotnická škola

Keywords: smoking, prevention programs, classes, students, passive smoking, tobacco, lung cancer, smoker, smokers, addiction, medical school

Poděkování

Chtěla bych především poděkovat mojí vedoucí práce, paní Mgr. Miluši Kulhavé za odbornou pomoc a ochotu, kterou mi prokázala při vzniku této práce.

Velké poděkování patří rozhodně i mým rodičům, za podporu a trpělivost, kterou se mnou v průběhu psaní mé bakalářské práce měli.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1.1 Obecná problematika kouření.....	9
1.1.1 Historický pohled.....	9
1.1.2 Současný pohled.....	13
1.2 Vliv kouření na lidský organismus.....	16
1.2.1 Nádorová onemocnění.....	16
1.2.2 Kardiovaskulární onemocnění.....	18
1.2.3 Respirační onemocnění.....	18
1.2.4 Další onemocnění.....	20
1.3 Preventivní opatření - jak předcházet zdravotním komplikacím.....	21
1.3.1 Primární prevence nádorových onemocnění a další onemocnění.....	21
1.3.2 Sekundární prevence – edukace.....	22
1.3.3 Preventivní opatření v dětském věku.....	23
1.3.4 Preventivní opatření v dospělosti.....	25
1.4 Programy prevence zdraví.....	26
1.4.1 Programy prevence zdraví v rámci EU.....	26
1.4.2 Programy prevence zdraví v rámci ČR.....	28

2.	EMPIRICKÁ ČÁST	29
2.1	Slovo úvodem	29
2.2	Volba problému	29
2.3	Cíle empirického šetření	30
2.4	Analýza výzkumného pole	30
2.5	Stanovení hypotéz	30
2.6	Charakter výzkumného vzorku	31
2.7	Metodika výzkumu	31
2.8	Průběh empirického šetření	32
2.9	Zpracování výzkumu	32
2.9.1	Rozbor dotazníků z CSZŠ Jana Pavla II	33
2.9.2	Rozbor dotazníků ze SZŠ 5. května	48
2.10	Vyhodnocení	63
2.11	Diskuse	64
2.12	Návrhy pro praxi	65
	ZÁVĚR	66
	LITERATURA	67
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Tato práce bude pojednávat o problematice tabakismu a přístupech k prevenci kouření. Zmíněné téma jsem si vybrala proto, že se zajímám o tuto problematiku a ve svém blízkém okolí znám hodně lidí, kteří kouří a na kterých mi záleží. Bohužel se v naší rodině vyskytl karcinom plic a i tento fakt mě utvrdil v tom, že není bezpředmětné se tímto tématem zabývat.

V neposlední řadě mě ovlivnilo to, že jsem studovala na střední zdravotnické škole, kde mnoho mých spolužáků kouřilo. Já sama jsem nekuřák. Zajímalo mě, jak jsou na tom studenti dnes a proto jsem se rozhodla věnovat této problematice v empirické části mé bakalářské práce.

Teoretická část bude pojednávat zejména o problematice kouření a jeho vlivu na organismus, o preventivních programech a významu preventivních opatření.

Ve své práci jsem se snažila zdůraznit problém vysokého procenta kouřících studentů na středních zdravotnických školách a navrhnout adekvátní řešení současného stavu.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Obecná problematika kouření

„Již dnes umírá na kouření každý desátý člověk na světě. Do roku 2030 - snad i o něco dříve - se tento počet zvýší na každého šestého, to znamená, že každoročně zemře na kouření 10 milionů lidí. Žádná jiná samostatná příčina nemá na svědomí takovou úmrtnost. Donedávna se tato epidemie chronických onemocnění a předčasných úmrtí týkala převážně bohatých zemí, dnes se však rychle přesouvá do rozvojového světa. Do roku 2020 bude sedm z každých deseti lidí, kteří zemřou na kouření, pocházet ze zemí s nízkými nebo středními příjmy.“

(CHALOUPKA, *Jak zvládnout kuřáckou epidemii*, 2004, s. 9)

1.1.1 Historický pohled

První zmínky o kouření jsou známy už od starověku, kde byl tabák využíván k léčbě melancholie a kdy bylo doporučováno inhalovat kouř z kravského trusu. Kouření tabákových listů bylo poprvé zavedeno americkými indiány z kmene Huronů. Tabáku byly přisuzovány nadpozemské účinky. Listy tabáku byly využívány ve formě různých obkladů a mastí k léčebným úkonům. Indiáni věřili, že jim tabák pomůže bojovat se stresem, hladem a únavou. Měl je také stimulovat k rituálním tancům a poskytnout představy o budoucím světě. Prvním Evropanem, který přišel do kontaktu s tabákem, byl Luis de Torres, námořník Kolumbovy výpravy, který viděl indiány, jak kouří tabák. V roce 1512 byl převezen tabák do Portugalska a o 44 let později do Francie a Brazílie. Alkaloid v listech tabáku byl pojmenován po francouzském velvyslanci Jeanu Nikotovi, který tuto neznámou rostlinu začal zkoumat a vyzdvihl její „léčebné účinky“. V roce 1565 byl tabák dovezen do Anglie. (KOZÁK, *Rizikový faktor kouření*, 1993, s. 242)

Nicholas Monardes, věhlasný lékař ze Sevilly, roku 1571 začal „Starému světu“, (tj. Evropa, Asie, Afrika), vyjmenovávat sílu, v té době téměř posvátné byliny, tabáku: „Léčit churavost dokáže a z těla ďábla vyhání, ...dokonale všechny lidské potřeby vystihuje, nejen nemocných, ale i zdravých“. Ve svých spisech také zaznamenal pozitivní

vliv tabáku na únavu a duševní napětí. Lidé v tabáku začali spatřovat prostředek na léčbu syfilis, což ovšem bylo další neznámé „zboží“, dovezené z „Nového světa“ - z Ameriky.

Na konci 16. století se z bílé hrnčířské hlíny začaly vyrábět první dýmky. Evropa tak poznala nový způsob inhalace tabákového kouře. Během dalších padesáti let se kouření tabáku neuvěřitelně rozmohlo. Tabák se pěstoval ve všech zemích světa, od Sibíře přes Jávou a západní Afriku až po Tibet. Od této doby byl svět „kouzelným kouřem“ doslova očarován. To, co začalo jako nevinné rituální a léčivé praktiky, přešlo v oblíbené a nekontrolovatelné konzumování tabáku.

(GILMAN, *Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*, 2006. s. 457)

Tabák se postupně rozšiřoval mezi Španěly a Portugalci, pak mezi Holanďany a Angličany. Do Japonska proniklo kouření roku 1600 a kolem roku 1615 bylo již pozorováno, že v Japonsku kouří muži, ženy, ale i děti! I v Číně, kam byl tabák dovezen Španěly a Portugalci přes Jihočínské moře, se stalo kouření nedílnou součástí čínské čajové kultury. Kouření tak vyšlapalo v Číně cestu pro kouření opia, jež změnilo Čínu v jeden z největších národů kuřáků na světě.

„Jako odpověď na tvrzení, že kouření tabáku zvyšuje schopnost pracovat, se objevila teze, považující kouření za volnočasovou aktivitu, která způsobuje, že dělníci ignorují své povinnosti. Když bylo kouření vnímáno jako ohrožení společenského řádu, stalo se zločinem, který si zasloužil trest. Lékařské debaty o tom, zda je kouření škodlivé či ne, se vedly již od počátku 17. století, a to v Evropě i na Východě. Turecký sultán Murad IV. (1623-1640) byl mezi prvními vladaři, kteří zakazovali kouření, protože jej vnímali jako ohrožení morálky a zdraví. Pokusil se dokonce zavřít kavárny, v nichž se kuřáci scházeli. Moskevský patriarcha v roce 1634 zakázal prodej tabáku a muže i ženy přistižené při kouření odsuzoval k rozříznutí nosních dírek nebo k takovému bičování, po němž provinilcům nezůstala na zádech žádná kůže. Urban VII. roku 1642 zakázal kouření papežskou bulou, protože: „Osoby obého pohlaví, a to i duchovní a kněží, neupustili během mše od zvyku přijímat tabák ústy nebo nosem.“

(GILMAN, *Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*, 2006, s. 15)

V Anglii bylo kouření znamením toho, že jde člověk s módou. Není proto divu, že se zanedlouho stalo společenskou normou. Jedna pozitivní věc se v historii kouření odepřít nedá, kouření tabáku totiž urychlilo vývoj mezinárodního obchodu, navazování kontaktů a posunulo tak svět zase o kousek blíže k moderní době.

Dalším fenoménem doby se stalo šňupání tabáku. Šňupání se dralo na výsluní a zastánci dýmek museli bojovat o přežití. V roce 1782 vyšel článek Williama Cowpera jako protest a nesouhlasná reakce na zastánce šňupání tabáku: „Dech kuřáka dýmky je stejně sladký jako vůně růží. Zatímco ty jsi ošklivý už od pohledu. Nenaděláš nic, než že si jen popotahuješ a smrkáš. Takové zvuky zvednou žaludek každému, kdo je slyší“. Když jsem tento článek četla, naprosto jasně mi vyvstal v hlavě obrázek sira Williama, jak tiše přemítá s dýmkou, která se v té době opravdu stala nezbytnou pomůckou k přemýšlení a psaní.

19. století se neslo ve znamení doutníků a v Evropě se začaly objevovat první kuřácké salonky. Brzy byla nabídnuta Evropanům kromě dýmek a doutníků horká novinka - cigarety. Cigarety byly spojovány jen s muži, popřípadě s určitými druhy žen, které bývaly po večerech jen zřídka doma.

„Charles Dickens roku 1846 psal ze Ženevy o večeru stráveném s americkými a francouzskými ženami, které kouřily doutníky a dopis uzavřel slovy: „Nikdy předtím jsem neviděl ženu - ani košíkářku ani cikánku - kouřit!“

(GILMAN, *Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*, 2006, s. 17)

Za zmínku stojí jistě i vynález Jamese Alberta Bonsacka z Virginie, který v roce 1881 vyrobil první stroj na balení cigaret. Strojová výroba umožnila vyprodukovat 120 000 cigaret denně, které dříve za stejnou dobu vyrobilo 40 dělníků. Pro srovnání, po sto letech vyrobil jeden stroj za den 6 milionů cigaret.

(KOZÁK, *Rizikový faktor kouření*, 1993)

Peníze se postupně staly ukazatelem postavení člověka ve společnosti a kouření cigaret se jevilo jako dobrý způsob jak ukázat, že člověk peníze má. Závislost na kouření už tehdy byla, stejně jako dnes, vytvářena tabákovým průmyslem a obchodem s tabákem. Obchodní zisk stimuloval růst tohoto odvětví. Čím rozvinutější toto odvětví bylo, tím větší byla nabídka různých druhů zboží. Tím pádem přicházelo stále více kuřáků, kteří vytvářeli větší profit. Na konci 19. století se kouření stalo velkým byznysem.

James Buchanan „Buck“ Duke utratil v roce 1889 za celosvětovou reklamu na své cigarety 800 000 dolarů. Bylo to více, než do té doby utratil kdokoli jiný, kdo se snažil vyvolat kuřáckou vášeň (utrácel v rámci své firmy American Tobacco Company.) Byl také prvním člověkem, který si uvědomil, že stejně důležitá jako samotný výrobek je i reklama.

(GILMAN, S.L. *Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*, 2006)

Aby se moderní reklama rozšířila mezi lidi, začali její tvůrci využívat všechny možné prostředky, jak na reklamu upozornit. Objevila se tak v novinách, časopisech, plakátech nebo byla nošena „živou“ reklamou. Když se ohlédneme zpět, šlo o téměř dokonalý psychologický tah, vycházející z toho, jací lidé v té době opravdu byli. Nebylo výjimkou, že se reklama zaměřila na ženy či děti, aby nalákala ještě více konzumentů cigaret. Zvláště pro ženy začaly být cigarety jistým druhem svobody. Přestože do této doby byla cigareta v ústech jemné ženy něco nepředstavitelného, společensky nepřijatelného a hraničícího s dobrým vkusem, ženy v cigaretě začaly spatřovat možnost vyrovnat se mužům.

Touhy po rovnoprávnosti žen využil ředitel American Tobacco Company Georgie Washington Hill, když roku 1928 uskutečnil rozsáhlou kampaň, nabízející ženám cigarety značky Lucky Strike. Aby tento nápad dotáhl k dokonalosti, najal si 10 začínajících hereček, které měly za úkol procházet se po 5. Avenue v New Yorku, a při tom kouřit. Za zmínku jistě také stojí také fakt, že všechny byly štíhlé a v reklamě se začaly objevovat slogany vyjadřující myšlenku, že moderní žena si dá raději cigaretu než sladkosti. Dalším znakem nové ženy se tak naneštěstí stalo i štíhlé, na první pohled bezpohlavní tělo. V té době by asi málokdo tušil, kolik napáchají tyto dva trendy v historii lidstva škody. Tato problematika by jistě vydala na napsání další práce, proto se o ní nebudu více rozšiřovat. Jen podotknu ten paradox, že cigarety Lucky Strike, které ženám slibovaly „svobodu“, naopak nic netušícím ženám svobodu ubíraly prostřednictvím závislosti na těchto cigaretách a touhy po dosažení ženského ideálu moderní doby.

(GILMAN, *Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*, 2006)

„Teprve až v polovině 19. století zahájili vědci, jako například Etienne – Frédéric Bousissson v Montpellier, epidemiologické studie, které rakovinu dutiny ústní (obecně nazývanou kuřácká rakovina) daly do souvislosti s kouřením dýmky. Začaly se objevovat i další články, které popisovaly kouření tabáku jako hrozbu pro lidstvo.

Kuřáci na to reagovali tím, že stále rostoucí podezření o nebezpečnosti kouření ignorovali.

Následující text se na konci 19. století objevil v jedné z mnoha antologií textů o tabáku:

„Navzdory mému lékaři, který je, mezi námi, tak trochu pošuk a pro kašdické maličké potěšení má nějakého patologického strašáka, který nemá pochopení pro žádné maličké zlovyky, zato mě čím dál děší tím, co se mi stane, když se odchýlím z cesty ctnostného

dietáře. Navzdory těm strašlivým varováním, kterých už mám plnou hlavu, navzdory vyčerpané paměti a otřesenému nervovému systému, i tomu, že se mi čím dál více třese ruka a srdce začíná vynechávat, že se mé zažívání vzpírá i obyčejnému chlebu s máslem. Kdykoli si zapálím jemné havana, a když se jeho popel zvolna prodlužuje, cítím, jak se ve mně hromadí odvaha a jak ve mně sílí odhodlání...Budu kouřit a budu tě velebit, můj doutníku, a budu si tě zapalovat tabák zakazujícími pamflety, které napsali ti vzdělaní magoři, co proti tobě bojují!“

(GILMAN, *Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*, 2006, s. 25)

Do českých zemí se dostal tabák koncem 16. století za vlády Rudolfa II. (KOZÁK, *Rizikový faktor kouření*, 1993)

Zajímavý poznatek jsem si přečetla v odborné literatuře z roku 1962. Autor na základě jakéhosi výzkumu uvádí, že kuřáci cigaret jsou více introvertní než nekuřáci a že kuřáci dýmek jsou naopak více extrovertní.

(HAMMOND, *Co ví věda o kouření*, 1966)

Tento výrok mi připadá stejně absurdní jako tvrzení toho samého autora, když tvrdí, že snížení všeobecného znečištění vzduchu by snížilo kouření cigaret. Autor dále uvádí, že je pravděpodobné, že by mohlo kouření přispívat k infarktu myokardu. Dnes už víme, že infarkt souvisí se závislostí na tabáku více, než se mohlo zdát před padesáti lety. Jak jsem se dočetla, v této době se k prevenci kouření přistupovalo poněkud ideologickým způsobem. Angličtí lékaři se například domnívali, že je možné eliminovat kouření účinnými filtry, používáním vhodněji upraveného tabáku, přerušением kouření při delším zbytku cigarety a přeučováním kuřáků cigaret na kouření dýmek.

(HAMMOND, *Co ví věda o kouření*, 1966)

1.2.1 *Současný pohled*

„Nejsme schopni žít bez potravy, moderní svět však požaduje více než chléb a vodu. Musíme sice dýchat, ale nemusíme vdechovat zbytkový kouř z hořících látek.“

(Bill Clinton)

V dnešní době po celém světě kouří zhruba 1,1 miliardy lidí. Předpokládaný nárůst do roku 2025 je 0,5 miliardy, tudíž v roce 2025 bude 1,6 miliardy lidí kouřit.

V zemích s vyššími příjmy má spotřeba tabáku klesající trend, i když mezi některými skupinami, např. u mladistvých, je na vzestupu. Opačný stav lze sledovat v zemích s nízkými a středními příjmy, kde spotřeba cigaret stoupá. Ve většině zemí dnes kouří spíše chudší lidé než ti bohatí. Překvapivým faktem asi není to, že většina kuřáků začíná s kouřením v mládí, ve věku „-nácti“ let. (CHALOUPKA, J. *Jak zvládnout kuřáckou epidemii*, 2004)

Téměř jedna miliarda mužů na světě kouří. Z toho asi 35 % mužů v rozvinutých zemích a 50 % v rozvojových zemích. Za zmínku určitě stojí problematika kouření tabáku v Číně, kde kouří 70 % mužů a obyvatelé Číny spotřebují 30 % všech vyprodukovaných cigaret na světě. Více než 300 milionů mužů v Číně jsou kuřáci, což je více než celá populace Spojených států. Nejvíce silných kuřáků – mužů je v Jemenu, Džibuti, Kambodže, Číně, Kazachstánu, v Korejské republice, Arménii, Albánii a Rusku.

Ženy jsou na tom o něco lépe. Celkem jich na světě kouří 250 milionů. 22 % žen kouří v rozvinutých zemích, 9 % v rozvojových. Kouření cigaret u žen klesá v mnoha vyspělých státech, zejména v Austrálii, Kanadě, Velké Británii a USA. Nejvíce těžkých kuřáček je zaznamenáno na Cookových ostrovech, ležících v Tichém oceánu, dále pak na Nauru, což je nejmenší ostrovní stát a zároveň republika na světě, ležící taktéž v Tichém oceánu. Vysoký počet kuřáček je zaznamenán také v Guinei, Chile, Srbsku a Černé Hoře.

(MACKEY, *The Tobacco atlas*, 2006)

Dnes už se ví, že kouření má významný negativní dopad na zdraví člověka. Vnímání rizika kouření se u kuřáků podle mě ale zase tak radikálně od dob 19. století nezměnilo. Zejména v zemích s nízkými a středními příjmy si kuřáci riziko tolik neuvědomují. Určitě je také rozdíl mezi tím, když si někdo riziko záměrně neuvědomuje a mezi tím, když někdo nemá dostatek informací o dané problematice. Jeden z výzkumů, prováděný v Číně, poukazuje na to, že řada kuřáků o těchto nebezpečích prostě neví. V roce 1996 zde bylo provedeno šetření a 61% kuřáků se domnívalo, že jim tabák „neškodí vůbec nebo jen minimálně“. V zemích s vyššími příjmy kuřáci o riziku vědí, ale jen málokterý kuřák si dá riziko do spojitosti s vlastní osobou. Nekuřáci vnímají škodlivost kouření mnohem intenzivněji než kuřáci.

Z ekonomického hlediska je dokázáno, že průměrné roční náklady na zdravotní péči u kuřáků jsou vyšší než u nekuřáků. Někteří analytici ale oponují tím, že vzhledem k tomu, že kuřáci umírají dříve než nekuřáci, může být výsledná bilance úplně jiná a u

kuřáků nemusejí být celoživotní náklady za zdravotní péči vyšší, naopak mohou být ještě nižší. (CHALOUPKA, *Jak zvládnout kuřáckou epidemii*, 2004)

Všimla jsem si, že v povědomí kuřáků naší populace stále přežívá názor, že „lehké“ cigarety jsou bezpečnější než klasické cigarety. Je to zřejmě pozůstatek masivní lživé kampaně o bezpečnějším kouření, která byla později po obžalobě zákonodárci zakázána. Vědci totiž dokázali, že tyto „lehké“ cigarety jsou ještě škodlivější než klasické, neboť člověk nekouří jako zkušební stroj na obsah škodlivin. „Lehké“ cigarety jsou tedy kuřákem vykouřeny ještě intenzivněji a mají naopak škodlivější negativní účinek než běžné cigarety. (KRÁLÍKOVÁ, KOZÁK, *Jak přestat kouřit*, 2003)

Jako zajímavost uvádím dva soudní spory v USA, které se týkaly především největší tabákové společnosti Philip Morris a několik dalších firem pro výrobu tabáku. První soudní proces se uskutečnil v roce 2003, kdy se řešila žaloba z roku 2000. Odvolací soud ve Floridě nakonec rozhodl, že 500 000 občanů státu Florida, kteří trpí nemocemi, způsobenými kouřením, nemá právo vést kolektivní soudní proces proti tabákovým společnostem.

Další soudní proces se odehrál v roce 2004 a byl nazýván jako „největší soudní proces v našich dějinách“. Vláda USA žalovala tabákové firmy o 280 miliard dolarů (podle dnešního kurzu je to 4,8 bilionu Kč). Vláda společnosti vinila z toho, že bohatly úmyslným lhaním o účincích kouření a orientací na mládež. Firma Philip Morris se v tomto procesu odvolala proti rozhodnutí soudu, podle kterého by měla přestat propagovat cigarety s nízkým obsahem dehtu „light cigarety“. V tomto procesu vládní právníci snížili svůj požadavek pod tíhou soudních rozhodnutí z 280 mld. USD na 14 mld. USD. Vítězství americké vlády tak ukončilo soudní proces, který mohl přivést tabákový průmysl na mizinu.

(dostupné z : <http://www.ipoint.cz/zpravy/5341845-bloomberg-altia-a-dalsi-tabakove-firmy-posilily-po-priznivem-rozhodnuti-soudu/.pdf>)

V České republice se v poslední době hodně mluví o veřejných nekuřáckých prostorách v souvislosti s pasivním kuřáctvím. Velice mě zaujal článek od paní doktorky Králíkové, zdůvodňující nutnost přijetí zákona o nekuřáckých veřejných prostorách. Uvádím několik důvodů, nad kterými je určitě dobré se zamyslet:

- „Tabákový kouř druhých (pasivní kouření) zabíjí a způsobuje vážné nemoci.“

- „100% nekuřácké prostředí chrání zaměstnance i veřejnost před vážnými následky pasivního kouření.“
 - „Právo na čistý vzduch bez tabákového kouře je základním lidským právem.“
 - „Většina lidí na světě nekouří a má právo nebýt vystavena tabákovému kouři.“
 - „Nekuřácké prostředí je i prevencí zahájení kouření - zejména pro mladé.“
 - „Nekuřácké prostředí prakticky nic nestojí a přitom funguje!“
- (KRÁLÍKOVÁ, Světový den bez tabáku: Nekuřácké prostředí. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2007, s. 198)

1.2 Vliv kouření na lidský organismus

Jak už bylo zmíněno výše, v současné době nelze pochybovat o škodlivosti kouření. Cigaretový kouř se na zdraví negativně podepisuje zejména svými karcinogenními účinky. Škodlivě působí na vaskulární systém, na respirační systém a nese s sebou další zdravotní rizika. Podrobně se o jednotlivých onemocněních rozepíši v podkapitolách vlivu kouření na lidský organismus.

1.2.1 Nádorová onemocnění

Na začátku kapitoly uvádím základní pojmy, které se týkají nádorového růstu. Kancerogeneze je proces, při kterém dochází ke vzniku nádoru. Vznik a vývoj nádorového onemocnění má tři fáze – iniciaci, promoci a progresi. Při iniciaci dochází k zahájení onemocnění. Bývá podmíněno první genetickou změnou, která však nemusí být definitivní a je opravitelná. Při promoci dochází také ke změnám genetické informace, ale tyto změny jsou už reverzibilní, nedají se opravit. Poslední fází je progres, která se vyznačuje neregulovatelným a zhoubným bujením transformovaných buněk a dochází k plnému rozvoji nádorového bujení. Kancerogenní faktory se dělí na fyzikální, chemické a biologické. Mezi chemické karcinogeny patří mimo jiné benzpyren, který se nachází v cigaretovém kouři. (PETRUŽELKA, KONOPÁSEK, *Klinická onkologie*, 2003)

„Kouření - patří k zbytečným návykům, které se dnes již bez jakéhokoliv zpochybnění uvádějí jako příčina řady nádorových nemocí. Jednoznačná souvislost je pro nádor plicní, nádor slinivky břišní a nádor močového měchýře. Celkové množství

vykouřených cigaret sehrává důležitou roli (např. při vykouření 200 000 cigaret se odhaduje zvýšení rizika pro bronchogenní karcinom asi 50x). Zároveň však nutno zdůraznit, že relativní riziko postupně klesá po ukončení tabakismu.“

„Ale i u dalších malignit se podíl na etiologii předpokládá - u nádorů ústní dutiny, jícnu, žaludku, děložního čípku, prsu a jiných.“

(PETRUŽELKA, KONOPÁSEK, *Klinická onkologie*, 2003, s. 33)

Ze všech nádorových onemocnění ve vztahu ke kouření bych vyzdvihla zejména plicní rakovinu. Souvislost mezi kouřením cigaret a rakovinou plic byla definitivně prokázána studiemi v druhé polovině 20. století. Riziko onemocnění plicní rakovinou ovlivňuje nejvíce druh kuřiva (riziko je vyšší pro kuřáky cigaret než pro kuřáky doutníků či dýmky), denní počet vykouřených cigaret, věk při začátku kouření a obsah karcinogenních látek a nikotinu v cigaretě. Jedinci, kteří za život vykouří více jak 150 000 cigaret jsou ve vysokém riziku, že onemocní rakovinou.

„Celková nálož vykouřených cigaret se také v anglosaských zemích vyjadřuje jednotkou „pack/year“, což je počet denně vykouřených balíčků cigaret vynásobený počtem let kouření. Pokud někdo kouří dva balíčky cigaret denně po dobu 20 let, má hodnotu 40 pack/year.“ (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA L. *Karcinom plic*, 2001, s. 53)

Krom počtu vykouřených cigaret za život jedince je tedy důležitým ukazatelem výše zmíněný packyear, přičemž hodnota „packyear“ > 70 se považuje za velice rizikovou s ohledem na vznik budoucího onemocnění plic.

(ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, *Karcinom plic*, 2001)

„Po zanechání kouření se v průběhu abstinence riziko onemocnění plicní rakovinou postupně snižuje v porovnání s osobami, které v kouření pokračují. Zdánlivě paradoxním jevem je, že v prvních letech po zanechání kouření může být riziko onemocnět plicní rakovinou ve skupině bývalých kuřáků dokonce vyšší než u osob, které kouřit nepřestaly. Je to pravděpodobně vysvětlitelné tím, že někteří kuřáci přestávají kouřit pro obtíže, které jim působí začínající onemocnění plicní rakovinou. Skutečný kladný efekt zanechání kouření se stává patrným obvykle nejpozději po pěti letech a s dalším trváním abstinence dochází k dalšímu snižování rizika, které však ani ve studiích s dlouhou pozorovací dobou nepokleslo na úroveň rizika u osob, které nikdy nekouřily.“

(ZATLOUKAL, PETRUŽELKA L. *Karcinom plic*, 2001, s. 54)

Mezi ostatní rizikové faktory plicní rakoviny patří zejména pasivní kouření, profesionální expozice kancerogenními látkami, emise radioaktivních látek z přirozených zdrojů, extrémní znečištění ovzduší, nevhodné složení potravy (nadbytek tuků, nedostatek zeleniny a ovoce), zánětlivá plicní onemocnění, CHOPN, genetické vlohy.
(ZATLOUKAL, PETRUŽELKA L. *Karcinom plic*, 2001)

1.2.2 Kardiovaskulární onemocnění

„Kouření zvyšuje riziko srdečního infarktu oproti nekuřákům u mužů 3krát, u žen až 6krát. Zvyšuje riziko náhlé srdeční smrti i u mladých osob. Dvě třetiny pacientů se srdečním infarktem mladších než 40 let kouří více než 20 cigaret denně a kouření je u nich většinou jediným rizikovým faktorem. Zanecháním kouření se riziko úmrtí na onemocnění oběhové soustavy snižuje. U lehkých kuřáků (méně než 10 cigaret denně) klesá toto riziko za 10 let po zanechání kouření na úroveň nekuřáků. U silných kuřáků (více než 20 cigaret denně) zůstává riziko po 10 letech ještě o polovinu větší než u nekuřáků.“
(ŠPINAR, VÍTOVEC, *Jak dobře žít s nemocným srdcem*, 2007, s. 67)

Mezi vaskulární onemocnění související přímo s kouřením patří:

- vysoký krevní tlak neboli hypertenze
- srdeční selhání, kdy je striktně kouření zakázáno
- IM
- angina pectoris
- CMP

1.2.3 Respirační onemocnění

„V histologickém obraze vede inhalování kouře k různě těžkým změnám dýchacích epitelů. U některých kuřáků se vytvářejí ložiska atypického epitelu pod obrazem karcinoma in situ. Drážděním kouřovými látkami se vyvíjí obstrukční nemoc bronchopulmonální s následným cor pulmonale.“
(HROMADOVÁ, *Kardiovaskulární onemocnění*, 2004, s. 130)

Z respiračních onemocnění bych chtěla zmínit zejména chronickou obstrukční plicní nemoc (CHOPN).

Chronická obstrukční plicní nemoc, zkráceně CHOPN, patří k častým onemocněním postihujícím kuřáky. V dnešní době je často označována jako nemoc kuřáků, protože výskyt této choroby u nekuřáků je sporadický a vyskytuje se zejména v důsledku opakovaných zánětlivých onemocnění průdušek a působením chemických látek.

Definice chronické nemoci jsem našla v různých zdrojích odlišné. Jako příklad uvádím definice od dvou konkrétních autorů:

„Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je nemoc charakterizovaná omezením průtoku vzduchu v průduškách (bronchiální obstrukcí), které není zcela reverzibilní (vratné).“ (SOUČEK, *Vnitřní lékařství pro stomatology*, 2005, s. 173)

„Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je onemocnění charakterizované chronickou bronchiální obstrukcí z důvodu chronické bronchitidy (tj. omezením průtoku vzduchu v průduškách a destrukcí plicního parenchymu z důvodu plicního emfyzému s tím, že převažuje více jedno či druhé. Je důsledkem expozice škodlivým částicím nebo plynům.“ (NEJEDLÁ, *Interní ošetřovatelství*, 2006, s. 76)

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) bude v roce 2020 CHOPN třetí nejčastější příčinou smrti hned po ICHS a cerebrovaskulárních onemocněních. (NEJEDLÁ, *Interní ošetřovatelství*, 2006)

Chronická obstrukční plicní nemoc se nejčastěji projevuje chronickým kašlem, který pacienta obtěžuje několik let a trpí jím několik měsíců v roce. Kašel bývá spíše přes den, zřídka v noci. Kašel je obvykle produktivní, u kuřáků je sputum zbarveno do hněda. Dalším příznakem je dušnost, která se vyskytuje nejprve při námaze, později se zhoršuje a pacient má pocit „tíhy na prsou“. Při infekci dýchacích cest se obtíže zhoršují a trvale dochází k zúžení průdušek. Vystupňované změny na průduškách a plicních sklípcích jsou nevratné, mluvíme o tzv. remodelaci.

U klasifikace stadií CHOPN byly informace v různých literaturách vesměs identické. Dříve než se dostanu k samé podstatě stadií CHOPN, je třeba vysvětlit některé termíny používané ve spirometrii.

„Při spirometrickém vyšetření se měří zejména FEV1 (je to objem vzduchu v litrech, který pacient usilovně vydechne během jedné sekundy) a FVC (usilovná vitální kapacita, což je objem vzduchu v litrech, který vyšetřovaný po předchozím maximálním

vdechu co nejprudčeji vydechne). Hodnota FEV1 a FVC v litrech se obvykle přepočítávají vzhledem k náležité (referenční) hodnotě zdravých lidí tak, aby výsledek byl v procentech.“ Za respirační nedostatečnost se považuje pokles tenze (tlaku) kyslíku v arteriální krvi pod 8.0 kPa (pod 60 mm Hg), tenze oxidu uhličitého může či nemusí být vyšší než 6.7 kPa (50 mm Hg). Náležitá referenční hodnota je veličina, platná pro zdravého člověka po zohlednění věku, výšky, váhy, pohlaví a rasy.

Následující řádky popisují klasifikaci tíže CHOPN:

Stadium 0 (riziko)- je přítomna normální spirometrie, jsou patrné chronické příznaky jako je kašel a vykašlávání.

Stadium 1 (mírná CHOPN)- FEV1/FVC méně než 70% náležité hodnoty, FEV1 nad nebo rovno 80% náležité hodnoty, chronické příznaky jsou nebo naopak nejsou přítomny (kašel, vykašlávání).

Stadium 2 (střední CHOPN)- FEV1/FVC opět méně než 70% náležité hodnoty, FEV1 v rozmezí 30%- 80% náležité hodnoty, chronické příznaky jsou nebo nejsou přítomny (kašel vykašlávání, dušnost).

Stadium 3 (těžká CHOPN)- FEV1/FVC méně než 70% náležité hodnoty, FEV1 méně než 30% náležité hodnoty nebo FEV1 méně než 50% náležité hodnoty a současně respirační nedostatečnost nebo klinické známky pravostranné srdeční nedostatečnosti (dušnost, kašel, otoky dolních končetin, zvětšená játra, nechutenství, slabost, únava).

„Nemocný obvykle vyhledá lékařskou pomoc až ve druhém stadiu nemoci pro dušnost nebo v důsledku akutního vzplanutí nemoci. Ve třetím stadiu choroby je kvalita života výrazně snížena, pacient je dušný, oteklý, mnohdy potřebuje trvale kyslík.“

(KANTOREK, *CHOPN: Nekouřením ke zdraví*, 2001, s. 8)

Z dalších respiračních onemocnění jmenuji například bronchitidu, astma, rozedmu plic.

1.2.4 Další onemocnění

Kouření s sebou nese nemalý počet dalších zdravotních komplikací. Není výjimkou, že si kuřák zapaluje svou první cigaretu nalačno a tím zvyšuje riziko onemocnění vředovou chorobou žaludku a duodena. Kouřící muž má také zhoršenou kvalitu spermií. Závislost na cigaretách snižuje imunitu, zvyšuje záněty středního ucha,

kazivost zubů, podílí se na vzniku paradentózy, souvisí s očními komplikacemi - tupozrakostí a špatným viděním a diabetem.

Kouření také komplikuje těhotenství a riziko samovolného potratu u žen kuřáček je asi o 50% vyšší než u žen nekuřících. Je dokázáno, že kuřáci mají 2x více autonehod než nekuřáci. (KANTOREK, *CHOPN: Nekuřením ke zdraví*, 2001)

1.3 Preventivní opatření - jak předcházet zdravotním komplikacím

Primární prevence se má starat o to, aby onemocnění nevzniklo. Sekundární prevence se snaží zachytit onemocnění co nejdříve. Terciální prevencí rozumíme zabránění vzniku dalších škod a ztráty soběstačnosti při již plně rozvinutém onemocnění.

1.3.1 Primární prevence nádorových onemocnění a další onemocnění

„Primární prevenci je třeba považovat za nejvýznamnější metodu kontroly zhoubných nádorů.“ (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, *Karcinom plic*, 2001, s. 41)

Zatloukal a Petruželka uvádějí ve své publikaci zásady pro prevenci nádorových onemocnění:

- 1.) Zachování nekuřáctví u nekuřáků (zejména u mládeže, žen).
 - 2.) Zanechání kouření u aktivních kuřáků (u silných event. dočasná substituce nikotinu).
Není-li možné zanechat kouření:
 - přejít na doutníky, dýmku
 - snížit denní dávku cigaret
 - přejít na cigarety s nízkým obsahem dehtu
- U dlouhodobých silných kuřáků může být k eliminaci závislosti a zmírnění abstinenčních příznaků potřebná odborná medikamentózní léčba, včetně použití žvýkaček nebo náplastí s obsahem nikotinu.
- 3.) Nepřipustit pasivní kouření v domácnosti, na pracovišti i ve veřejných místnostech.
 - 4.) Technologická změna ve výrobě cigaret: nízký obsah dehtu.
 - 5.) Odstranění nebo omezení profesionálních rizik.

- 6.) Odstranění emisí radioaktivních látek z podloží obytných domů a jiných přirozených zdrojů.
- 7.) Zajistit čisté ovzduší v obydlích a zevním životním prostředí.
- 8.) Důsledné vyléčení akutních i chronických nemocí dýchacího ústrojí, předejít vzniku jizevnatých změn v dýchacím ústrojí a změnám ve funkcích a stavbě bronchiální výstelky.
- 9.) Doporučovat tělesné cvičení a aktivitu, vhodné složení potravy: dostatek zeleniny a ovoce, omezení živočišných tuků.

(ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, *Karcinom plic*, 2001, s. 42)

Jako další složka primární prevence se může uplatnit chemoprevence, která má pomocí farmakologických prostředků zastavit, potlačit nebo zvrátit proces bujení nádorových buněk a předcházet tak karcinomu. Chemoprevence, zaměřená na skupiny se zvýšeným rizikem plicního karcinomu, zkoumá účinek různých látek a jejich pozitivní vliv v oblasti primární prevence. Na tyto látky jsou kladeny určité požadavky. Látky musí být naprosto bezpečné, negativní účinky nesmí převýšit riziko vzniku nádorového onemocnění a musí být dobře tolerovány. V chemoprevenci plicních nádorů byly doposud zkoušeny např. retinoidy, karotenoidy, vitamin E, selen a další. Mnoho studií potvrdilo, že užívání β -karotenu je pro kuřáky škodlivé. Ve finské studii (alabanes et al. 1966) ATBC, která zkoumala preventivní podání α -tokoferolu a β -karotenu se ukázalo, že α -tokoferol je z hlediska chemoprevence nádoru plic bezvýznamný. U β -karotenu, jak už bylo zmíněno výše, byl pozorován zvýšený výskyt zhoubných nádorů o 16% a při spotřebě 11g alkoholu denně u exponovaných jedinců dokonce o 35%.

(ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, *Karcinom plic*, 2001)

1.3.2 Sekundární prevence – edukace

Sekundární prevence má za úkol informovat kuřáky o škodlivosti kouření a možných způsobech jak s kouřením přestat a zbavit se tak závislosti na tabáku. Je mnoho metod a i farmakologických variant, jak pomoci kuřákovi skoncovat s jeho závislostí. Zdravotník by měl při příchodu pacienta do ordinace pro léčbu závislosti stanovit krátkou intervenci, viz níže.

Krátká intervence - „5 A“ podle MUDr. Králíkové:

1. ASK - ptej se
2. ADVISE - porad' přestat
3. ASSESS - posud' ochotu přestat
4. ASSIST - pomoz přestat
5. ARRANGE CONTROLS - plánuj kontroly

(dostupné z: http://www.euni.cz/prednaska_win.php?prednaska=81&akce=4955894.pdf)

Nejdůležitější krok ovšem musí udělat pacient, a to rozhodnutí přestat kouřit. Dalšími kroky pak může být shromažďování informací a výběr metody, pomocí které chce kuřák přestat kouřit. Následuje aplikace metody a stanovení si dne D, kdy se pacient od kouření osvobodí.

1.3.3 Preventivní opatření v dětském věku

Prakticky všichni nově kouřící jsou děti. Každé třetí z těchto dětí pak na následky kouření v budoucnu předčasně zemře. (SLOVIC, *Smoking: risk, perception and policy*, 2001)

Děti se často stávají nedobrovolnými oběťmi pasivního kouření. Mají však právo na to dýchat čerstvý vzduch. Bohužel spoustu dětí takové štěstí nemá, protože jejich rodiče kouří. Malé dítě je k okolním vjemům vnímavější více než by se nám mohlo zdát. Jestliže je dítě neustále vystavováno silné vůni tabáku, nabude logicky dojmu, že toto je pravá vůně domova. Když dosáhne batolecího věku, začne přirozeně napodobovat zvyky a chování rodičů. Jednou jsem byla svědkem téměř hrdého komentáře kouřícího rodiče, který se pyšnil tím, jak jeho ratolest umí dovedně přinést krabičku s cigaretami a nabídnout z ní návštěvě. Není výjimkou, že děti jsou posílány svými rodiči do nejbližší trafiky pro cigarety. Potomek kuřáků přijímá kouření jako něco normálního, běžného. Nepřemýšlí o tom, zda je to zdraví škodlivé. „Jestliže kouří máma a táta, je to určitě správné. Nemám se čeho bát.“

Zajímavé výsledky přinesly naše i zahraniční studie, kdy bylo prokázáno, že dítě z nekuřácké rodiny si jen výjimečně vybere kouřícího kamaráda. Naopak u dítěte kouřících

rodičů je kamarád - kuřák téměř pravidlem. Domnívám se, že protikuřácká výchova je nezbytnou součástí výchovně-vzdělávacího procesu. V současné době existují pro pedagogy řady programů, zaměřených na prevenci kouření. U prevence se musí brát ohled na věk dítěte a srozumitelnost výkladu.

Například u předškoláků a žáků prvních až třetích tříd základní školy jsou děti upozorňovány zejména na nevábne estetické jevy provázející kouření: nepříjemný zápach z úst, žluté zuby, prsty apod. Přijatelnou formou jsou děti seznamovány i s nejčastějšími zdravotními komplikacemi, které kuřáky postihují. Děti tak mohou samy konfrontovat své subjektivní pocity a potíže (dráždění očí, pálení v krku, kašel, bolesti hlavy, zamoření ovzduší jejich bytů cigaretovým kouřem). Hlavním cílem u dětí ve věku 3 - 8 let je tedy ovlivnit jejich postoje ke kouření žádoucím způsobem: kouření je chování, které je zdraví nebezpečné. Je důležité, aby se děti ztotožnily s názorem, že kouření nepřidává na přitažlivosti, ale naopak. Je důležité zdůraznit, že nejen aktivní kouření má dopad na lidské zdraví, ale i kouření pasivní je životu nebezpečné.

U dětí v pubertě jsou preventivní programy zaměřené na úspěšné řešení rizikových situací, které je dítě nuceno řešit, když se mu nabízí kuřivo, alkohol, drogy. Šance na úspěšné ovlivnění dětí školními programy je daleko větší, jestliže je prevence podporována rodiči.

Je třeba si uvědomit, že nejvíce ohroženou skupinou populace nedobrovolně vystavené působení zakouřeného prostředí, jsou děti. Mohou být poškozeny ještě před narozením. Je známo, že děti narozené kuřáčkám a pasivně exponovaným nekuřáčkám mívají velmi často nízkou porodní hmotnost, kratší délku, menší obvod hlavičky a menší hrudník. Zpomalen je i růst vnitřních orgánů, častěji se vyskytují též vrozené vývojové vady. Řada studií poukazuje na to, že u dětí kuřáček dochází častěji k různým výchovným problémům.

(HRUBÁ, *Aby vaše dítě nekouřilo*, 2006)

Zhruba polovina dětí na světě je vystavena pasivnímu kouření. Většinou se tak děje vinou kouřících rodičů. Je dokázáno, že tyto děti mívají častěji infekce dýchacích cest, snížené plicní funkce, trpí na astma a záněty středouší.

Pasivní kouření je dokonce příčinou asi desetiny dětských leukémií. (POHLOVÁ, *Jaké jsou argumenty proti kouření*, Florence, 2008)

Výsledek studie programu „Normální je nekouřit“, prováděné v roce 2009 za podpory Ligy proti rakovině Praha, ukázal, že rodinné prostředí většiny českých dětí podporuje jejich pozitivní postoje k legálním drogám – alkoholu a tabáku – a usnadňuje jejich dostupnost už i dětem mladšího školního věku. Závěr studie uvádí, že prvními dárci alkoholu a cigaret bývají rodiče, prarodiče a další nejbližší příbuzní. Autorky dále zmiňují, že hledání způsobu, jak tento stav změnit je velmi obtížné, ale naprosto nezbytné. (HRUBÁ, ŽALOUĐÍKOVÁ, Zkušenosti dětí mladšího školního věku s legálními drogami, *Česko - slovenská pediatrie*, 2009)

1.3.4 Preventivní opatření v dospělosti

Závislost na kouření se vyvíjí postupně a trvá obvykle dva týdny až měsíc. Začíná závislostí psychickou a přibližně po třech letech kouření cca 10 cigaret denně vzniká drogová závislost na nikotinu.

V této kapitole se budu věnovat preventivním opatřením v dospělosti, za předpokladu, že cílem prevence je pacient, bývalý kuřák. V literatuře se uvádí, že prvních 3 až 5 měsíců je z hlediska odvykání kouření nejnáročnějších. Je doporučováno docházet do poradny, kde se upevňuje nekuřácký životní styl. Nejčastější situace, kdy kuřák pomýšlí na cigarety, jsou: při odpočinku, po jídle, při pití kávy, při telefonování, u skleničky alkoholu, ve stresových situacích apod. Stěží se člověk, který přestává kouřit, může vyhnout všem výše zmíněným situacím. Přesto se doporučuje vyhýbat se ze začátku prostředí, kde se kouří a přátelům kuřákům sdělit, že se dotyčný snaží kouření zanechat. Vhodné jsou i asertivní odpovědi a odmítnutí na nabídnutou cigaretu. Bývalý kuřák se musí připravit na to, že někdy dostane chuť na cigaretu a že tuto touhu bude pravděpodobně provázet iracionální myšlení.

Bude před ním stát nelehký úkol, vzpomenout si na to, proč chce přestat kouřit a jít si pevně za svým.

(BUDÍNSKÝ, *Jak přestat kouřit: 10 osvědčených způsobů*, 2003)

1.4 Programy prevence zdraví

Programů, zabývajících se prevencí kouření, existuje opravdu velké množství, což je určitě pozitivní zjištění. Pro přehlednost jsem tyto programy rozdělila do dvou částí a to na ty, které vznikly v rámci Evropské Unie a na ty, které vznikly v ČR. Mnoho z nich se také vzájemně prolíná. V České republice se programy prevence kouření zaměřují zejména na populaci dětí a mládeže. Vzhledem k množství programů uvádím jen několik z nich a to ty, které mě nejvíce zaujaly.

1.4.1 Programy prevence zdraví v rámci EU

Evropský kodex proti rakovině

Tento program vznikl mezi lety 1986 - 2000 pod záštitou Asociace evropských lig (ECL). Program úspěšně ovlivnil výskyt a hlavně přispěl k nižší úmrtnosti zejména na rakovinu plic. V Bruselu 17. června 2003 byl tento kodex přepracován.

Znění Evropského kodexu proti rakovině:

- Nekuřte, jestliže kouříte, přestaňte, jestliže se vám to nedaří, nekuřte v přítomnosti nekuřáků.
- Braňte se obezitě.
- Věnujte se denně aktivní tělesné činnosti.
- Zvyšte denní příjem různých druhů zeleniny a ovoce, jezte nejméně třikrát denně, omezte příjem tučné stravy.
- Jestliže pijete alkohol, ať pivo, víno nebo destiláty, omezte konzumaci na 2 sklenky u mužů a na 1 sklenku u žen denně.
- Vyvarujte se nadměrného opalování. Je mimořádně důležité chránit děti a mládež. Jedinci, kteří se při opalování spálí, se musí před sluncem chránit celý život.
- Dodržujte důsledně preventivní opatření před působením jakékoliv rakovinu vyvolávající látky, dodržujte všechny zdravotnické a bezpečnostní předpisy při práci s látkami vyvolávajícími rakovinu, dodržujte doporučení národní hygienické služby radiační ochrany.

- Ženy od 25 let věku by se měli účastnit cervikálního skríníngu.
 - Ženy nad 50 let by se měly zapojit do mamárního skríníngu (v ČR od 45 let)
 - Muži a ženy nad 50 let by měli být zařazeni do kolorektálního skríníngu.
 - Zapojte se do programu očkování proti virové hepatitidě typu B.
- (HRUBÁ, *Aby vaše dítě nekouřilo*, 2006, s. 18)

Další preventivní program se zabývá právy nekuřáků. Tento program byl schválen na první Evropské konferenci o kontrole kouření v roce 1988 v Madridě.

Charta nekuřáků – práva nekuřáků

- Čerstvý vzduch bez tabákového kouře je základní součástí práva na zdravé a neznečištěné životní prostředí.
- Každé dítě a dospívající jedinec mají právo být chráněni před veškerou propagací tabákových výrobků a obdržet veškerou výchovnou a jinou pomoc, aby se mohli ubránit pokušení začít kouřit.
- Všichni lidé mají právo na vzduch bez tabákového kouře ve všech uzavřených prostorách a dopravních prostředcích.
- Každý pracovník má právo dýchat na svém pracovišti vzduch, který není znečištěn tabákovým kouřem.
- Každý kuřák má právo obdržet odbornou podporu a pomoc, aby se mohl zbavit svého návyku.
- Každý občan má právo být informován o nezměrném zdravotním riziku kouření tabáku.

(KANTOREK, *CHOPN: Nekouřením ke zdraví*, 2001)

Světový den bez tabáku

WHO (Světová zdravotnická organizace) každoročně od roku 1987 vyhláší 31. květen Světovým dnem bez tabáku. Každý rok je stanoveno jiné téma. V minulosti to byla například: Film a móda bez tabáku, Nekuřácké prostředí, Prostor bez kouře, Užívání tabáku s důrazem na marketing zaměřený na ženy a další.

(KRÁLÍKOVÁ, Světový den bez tabáku: Nekuřácké prostředí. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2007)

1.4.2 Programy prevence zdraví v rámci ČR

V České republice je v současné době v prevenci kouření u dítěte využíváno několik ověřených programů, které jsou určeny zejména pro mateřské, základní a střední školy. Mezi nejrozšířenější programy patří:

- Já kouřit nebudu a vím proč
- My nechceme kouřit ani pasivně
- Normální je nekouřit
- Kouření a já
- Naše třída nekouří

(HRUBÁ, Prevence kouření ve škole, *Onkologická péče*, 2008)

Charta práv dítěte na bezpečný život bez tabáku

Děti mají právo:

- na ochranu před nebezpečnou expozicí tabáku v lůně matčině
- na bezpečný a vlný domov, kde se nekouří
- na péči nekouřících lékařů, učitelů, vychovatelů a opatrovníků
- na pobyt ve školách, sportovištích, klubovnách a ostatních zařízeních pro děti, v nichž se zásadně nekouří
- na vhodné a jejich věku přiměřené seznamování se škodlivými účinky kouření, které narušují pohodu i zdraví
- na poučení, jak poznat a jak odolat nabídce kuřiva
- na ochranu před cigaretami a jinými tabákovými výrobky, které jim nesmějí být prodávány nebo darovány
- na ochranu před získáním dostupného levného kuřiva
- na ochranu před propagací a reklamou kouření
- na život ve společnosti, kde základní normou ve všech věkových skupinách je nekouření

(dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/normalnijenekourit/rodice.htm.pdf>)

2. EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Slovo úvodem

Touto problematikou jsem se rozhodla zabývat proto, že i já jsem studovala na jedné z pražských zdravotních škol a vím, jaké jsou na školách podmínky. Studentů, kteří kouří, je dle mého názoru opravdu hodně a učitelé proti kouření studentů většinou bojují jen zákazy a tresty za porušení školního řádu.

Ač je to opravdu jen pár let co jsem maturovala, studentů závislých na tabáku dle mého úsudku přibývá. V době, kdy jsem navštěvovala střední školu, kouřilo v každé třídě zhruba 5-8 studentů. Doufám, že můj výzkum dokáže trochu poodhalit, jak jsou na tom studenti se závislostí na tabáku v současné době.

2.2 Volba problému

Vím, že problém kouření na zdravotnických školách v ČR opravdu existuje a jsem si vědoma toho, že počet kouřících studentů není vůbec zanedbatelný. Právě proto jsem se rozhodla zaměřit svou výzkumnou část bakalářské práce na tento problém. Protože čím dříve se s prevencí a popřípadě s léčbou závislosti začne, tím lépe. U studentů, kteří jsou na hranici dospělosti a závislost na cigaretách není ještě plně rozvinuta, jsou mnohem větší šance na úspěch, jak s kouřením skoncovat než u lidí, kteří jsou závislí mnoho let. Kouření totiž už dávno není pokládáno za pouhý zlovyk a dle mého názoru je mnohem větším problémem, než si umí laická veřejnost představit.

2.3 Cíle empirického šetření

Jako hlavní cíl výzkumu jsem si dala za úkol zjistit, zda se střední zdravotnické školy v Praze věnují u svých studentů problematice tabakismu a jeho prevenci.

Jako dílčí cíle byly zvoleny:

- 1.) Zjistit, kdo se na škole věnuje této problematice (zda ji vyučující zařazují do výuky odborných předmětů nebo pro studenty pořádají přednášky s touto problematikou či se této problematice věnuje výchovný poradce).
- 2.) Zjistit časovou dotaci věnovanou této výuce
- 3.) Zjistit, zda informace, které studenti získali od vyučujících, jsou pro studenty dostačující.
- 4.) Zjistit, zda informace ovlivnily náhled studentů na problematiku tabakismu (např. zda přestali kouřit).

2.4 Analýza výzkumného pole

V tomto výzkumu jsem zaznamenala několik faktorů, které měly vliv na výsledek výzkumného šetření. Podle toho, co jsem vypožadovala, mohla výsledky výzkumu ovlivnit především osobnost respondenta, společnost ve které se respondent vyskytuje, prostředí ve kterém žije. Nemalý vliv na výsledek má také rodič kuřák či rodič nekuřák a prevence respondentů v oblasti kouření.

2.5 Stanovení hypotéz

Jako hypotézy výzkumného šetření byly stanoveny následující:

H1: Domnívám se, že na SZŠ v Praze nebude z pohledu studentů výuka prevence závislosti na tabáku dostatečně obsáhlá a kvalitní.

H2: Předpokládám, že minimálně jedna ze škol se touto problematikou vůbec nezabývá.

H3: Domnívám se, že přibližně 60% studentů SZŠ kouří.

H4: Předpokládám, že u většiny kuřáků budou kuřáci i rodiče.

2.6 Charakter výzkumného vzorku

Výběr výzkumného vzorku vychází z cíle výzkumného šetření. Vymezení souboru bylo velmi podstatné pro celou koncepci výzkumného šetření. Jednalo se o záměrný výběr zdravotnických škol a náhodný výběr respondentů na těchto školách. Byly osloveny čtyři zdravotnické pražské školy, z nichž dvě se výzkumu zúčastnily. Výzkumného šetření se zúčastnila CSZŠ Jana Pavla II a SOŠ sociální svaté Zdislavy v Ječné ulici, kde bylo dotazováno 52 studentů maturitních ročníků a SZŠ 5. května, kde se výzkumného šetření zúčastnilo 83 studentů maturitních ročníků.

V dalších dvou školách, kde jsem se snažila výzkum provést, jsem se setkala s neochotou. Na SZŠ na Alšově nábřeží jsem byla ředitelkou školy ignorována a na SZŠ Ruské mi paní ředitelka dotazníky odmítla s tím, že všichni studenti a vyučující jsou vytiženi státními maturitami. Když jsem paní ředitelce oponovala tím, že mohu dotazník vyplnit o velké přestávce nebo bych zaslala dotazník na společnou e-mailovou adresu studentů, opět se mi dostalo negativní odpovědi. Bylo mi řečeno, že to, co požaduji, je protizákonné a že by musela získat souhlas rodičů. Už jsem ani neodpovídala, že předpokládám, že v maturitních ročnících jsou studenti plnoletí a zanechala jsem snahy o další spolupráci na této škole.

2.7 Metodika výzkumu

Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila metodu dotazníkového šetření. Jeden dotazník byl určen studentům, druhý ředitelkám a výchovným poradkyním středních zdravotnických škol. Oba dotazníky přikládám v příloze.

2.8 Průběh empirického šetření

V prosinci 2010 jsem kontaktovala všechny čtyři výše zmíněné pražské zdravotnické školy s žádostí o umožnění průzkumného šetření za účelem zpracování mé bakalářské práce.

Do dvou z těchto škol jsem se přišla na průběhu šetření domluvit s ředitelkou školy. Na ukázkou jsem donesla dotazníky a písemnou žádost o umožnění realizace výzkumného šetření. Obojí bylo schváleno mou vedoucí práce, paní magistrou Kulhavou. Dotazníky byly dva, jeden pro studenty a druhý pro paní ředitelku a výchovnou poradkyni středních zdravotnických škol. Žádosti byly ředitelkami škol bez problémů potvrzeny.

Do školy 5. května jsem došla jen jednou, předem jsem se na všem domluvila se zdejší výchovnou poradkyní, která se mnou obešla všechny třídy maturitních ročníků a já v nich mohla dotazníky studentům rozdat. Vše proběhlo v pořádku, bez sebemenších komplikací.

Ve SZŠ Jana Pavla II. jsem byla vícekrát, zvláště proto, že v určité dny měly některé ročníky odbornou praxi a nebylo tedy možné dotazníky rozdat ve všech třídách v jeden den. Na této škole jsem měla méně respondentů, což je dáno hlavně kapacitou školy, církevní škola v Ječné ulici má studentů méně.

Z každé školy jsem měla vyplněný dotazník od obou ředitelk školy i od výchovných poradkyň. Studenti byli velice ochotní, nesetkala jsem se s tím, že by dotazník někdo odmítl vyplnit. Na obou školách byl zájem ze strany vedení o zaslání výsledků výzkumného šetření.

2.9 Zpracování výzkumu

Zpracování výzkumu jsem pro přehlednost rozdělila do dvou částí. První popisuje průběh zpracování na Církevní střední zdravotnické škole Jana Pavla II. a SOŠ sociální svaté Zdislavy v Ječné ulici, druhá část se zabývá zpracováním výzkumu na Střední zdravotnické škole 5. května.

2.9.1 Rozbor dotazníků z CSZŠ Jana Pavla II a SOŠ sociální svaté Zdislavy

Jako první uvádím zpracování výzkumu z Církevní střední zdravotnické školy Jana Pavla II. a SOŠ sociální svaté Zdislavy v Ječné ulici. Na těchto dvou školách je dohromady 84 studentů. Průzkumného šetření se zúčastnilo 52 respondentů, z nichž 30 bylo kuřáků.

Na této škole uvedla paní ředitelka i výchovná poradkyně, že se problematikou závislosti na tabáku zabývají, a to formou přednášek. Problematika je vyučována i v rámci odborných předmětů, a to sice v předmětech výchova ke zdraví, křesťanská etika, ošetrovatelství, ošetřování nemocných, somatologie, veřejné zdravotnictví.

Na otázku, kolik času problematice za dobu 4letého studia ve výuce přibližně věnují, odpověděla výchovná poradkyně 1 rok a paní ředitelka uvedla, že se jedná o nepřetržitý kontinuální proces. Časová dotace určená pro tuto problematiku byla uvedena jako dostatečná u obou dotázaných.

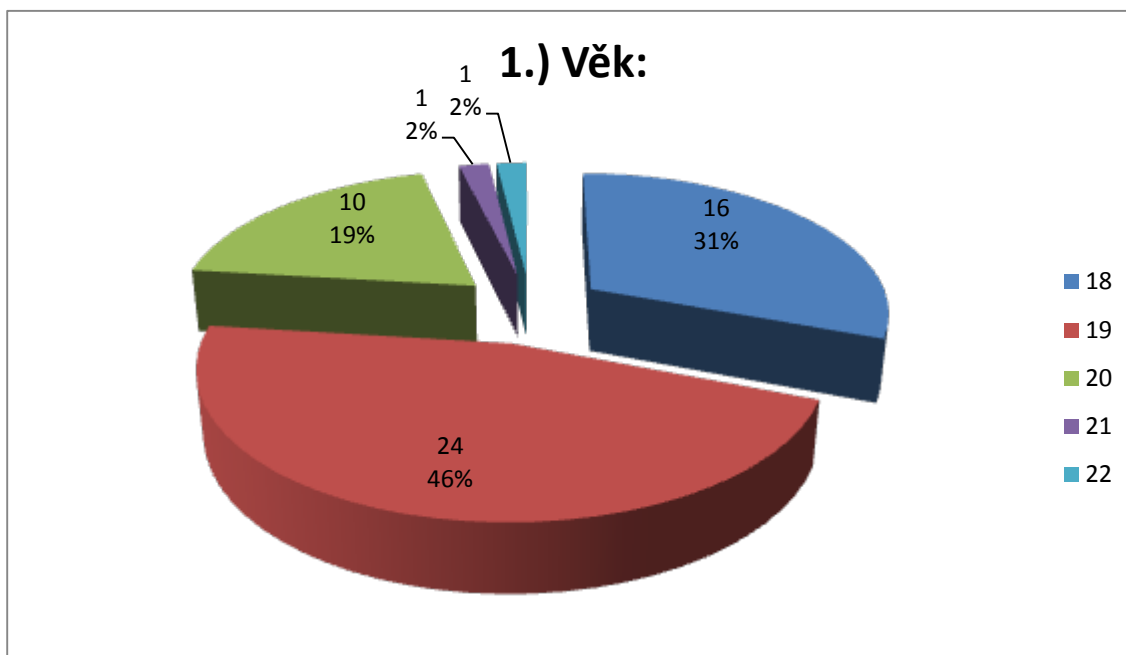
Další otázkou byly použité metody výuky v prevenci kouření. Byly uvedeny následující: filmy, demonstrace, diskuze, kritické myšlení, přednášky, semináře, práce s odbornou literaturou, výjezdy a zapojení studentů do různých projektů, např.: Liga proti rakovině.

Další otázka se týkala množství kouřících studentů v jedné třídě. Výchovná poradkyně si myslí, že nekouří více než polovina žáků v jedné třídě, paní ředitelka je názoru opačného.

Poslední dvě otázky byly zodpovězeny pomocí škály od 1 do 5 se zhoršující se tendencí. Výuku prevence závislosti na tabáku hodnotí paní ředitelka jako spíše dobrou, výchovná poradkyně jako velmi dobrou. Výuku léčby závislosti na tabáku v roli sestry hodnotí paní ředitelka číslem tři, tj. střed a výchovná poradkyně číslem dvě, tj. spíše dobrá.

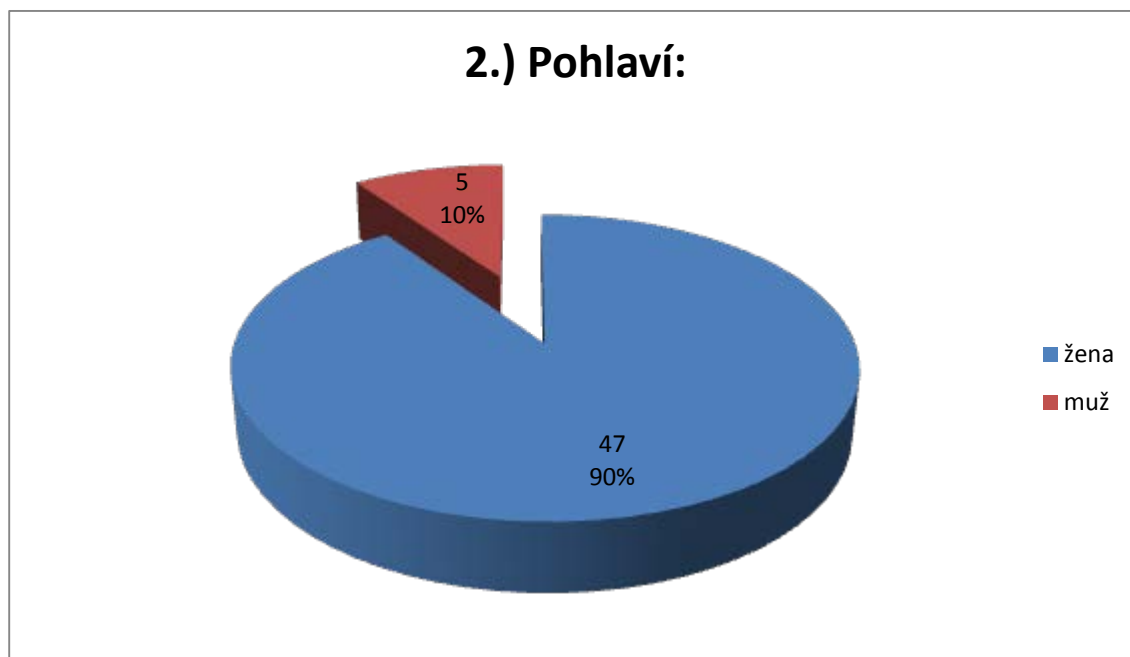
Následujícími grafy jsem se snažila přehledně znázornit podíl jednotlivých odpovědí na otázky, kladené studentům v dotaznících. Každý graf znázorňuje jednu ze čtrnácti kladených otázek. Znění každé otázky je totožné s názvem grafu. Vpravo jsou uvedeny možnosti odpovědí, čísla v grafovém „koláči“ uvádějí počet respondentů odpovídajících na příslušnou variantu odpovědi.

Graf č. 1



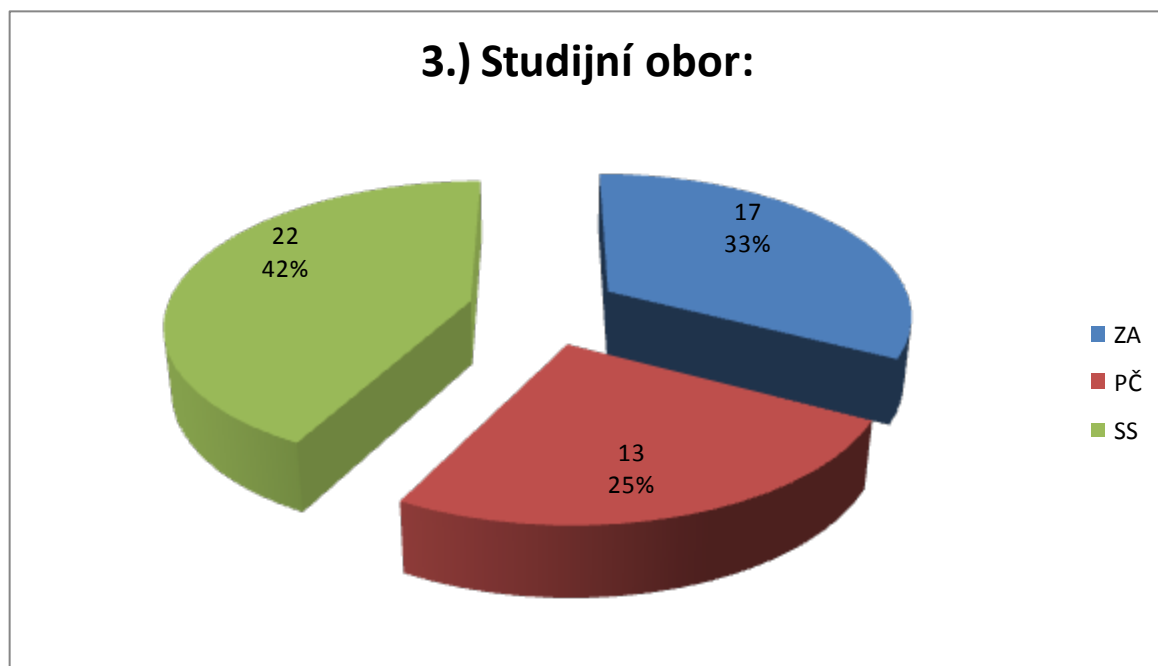
První graf znázorňuje věk dotazovaných respondentů. Z grafu je zřejmé, že všichni dotazovaní jsou plnoletí. V nejvyšším počtu jsou zastoupeni devatenáctiletí studenti, kterých je 24, což představuje 46 % dotazovaných. Druhou nejpočetnější skupinou jsou osmnáctiletí studenti, kterých je 16 a tvoří tak 31 % dotazovaných. O něco méně studentů je ve věkové skupině dvacet let, která s počtem deseti studentů tvoří 19 % celkového počtu. Zbývá 4 % jsou rovnoměrně rozdělena mezi studenty ve věkových skupinách 21 a 22 let. V každé z těchto věkových kategorií byl jen jeden student.

Graf č. 2



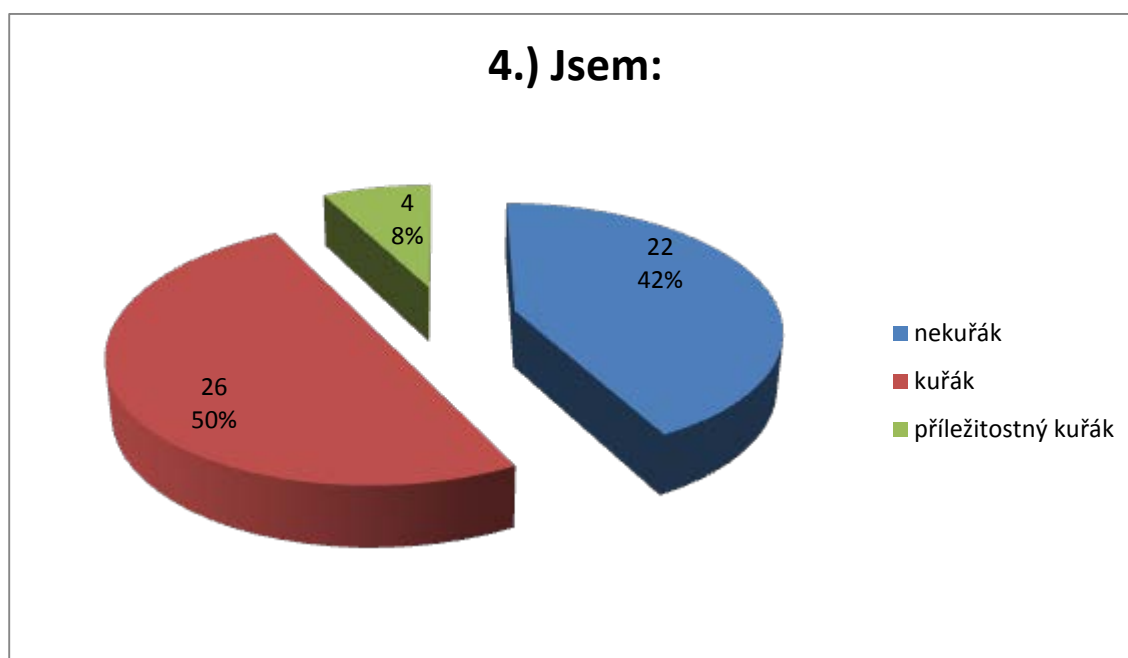
Není ničím neobvyklým, že na zdravotnických školách studuje daleko více žen než mužů. I zde tomu není jinak. Ženy jsou zastoupeny v počtu 47 studentek, představujících 90 %. Mužů je v maturitních ročnících pouze 5, což představuje 10 % z celkového počtu dotazovaných studentů.

Graf č. 3



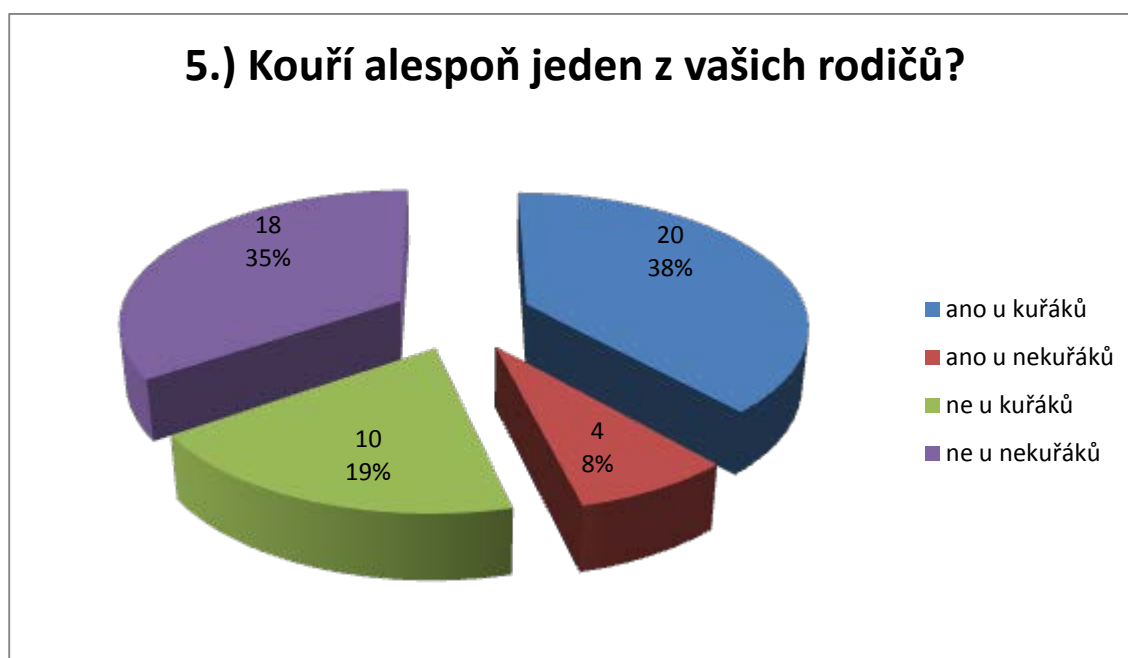
Na této střední škole jsem rozdala dotazníky do třech tříd. Jednalo se o obory zdravotnický asistent (ZA), sociálně-správní činnost (SS) a pečovatelská činnost (PČ). Nejvíce respondentů bylo v maturitním ročníku oboru sociálně-správní činnost a to sice v počtu 22 představujících 42 %. U oboru zdravotnický asistent vyplnilo dotazníky 17 studentů tvořících 33 %. Nejméně maturujících studentů bylo dotazováno v oboru pečovatelská činnost a to pouhých 13, což ve výsledku představuje 25 % dotazovaných.

Graf č. 4



Z grafu je zřejmé, že kuřáků (započítáni i příležitostní kuřáci) je v maturitních ročnících na této škole více než nekuřáků. Aktivních kuřáků, kteří kouří nejméně jednu cigaretu denně, je v tomto výzkumném vzorku 26, což je 50 % z celkového počtu dotazovaných. Příležitostní kuřáci jsou mezi dotazovanými studenty 4, což tvoří pouhých 8 % z celkového počtu. Nekuřáků bylo napočítáno 22, což představuje 42 % respondentů. Osobně jsem si myslela, že mezi nekuřáky a kuřáky bude větší rozdíl. Obě skupiny jsou však celkem vyrovnané. Jako zajímavost uvádím to, že nejvyšší procento kuřáků bylo napočítáno v ročníku zdravotnických asistentů, kde ze 17 dotazovaných bylo 13 aktivních kuřáků. Častým problémem, který se vyskytoval na této škole hlavně v oboru sociálně-správní činnost, bylo to, že studenti často uváděli, že jsou příležitostní kuřáci. Počet vykouřených cigaret u těchto studentů byl uveden jako jedna, maximálně pět vykouřených cigaret za den. Mou domněnkou je to, že studenti nechtěli do dotazníku uvést, že jsou kuřáci a dost možná si to nechtěli přiznat ani sami sobě. Studenti, kterých se to týkalo, byli zařazeni při vyhodnocování dotazníků do skupiny kuřáků.

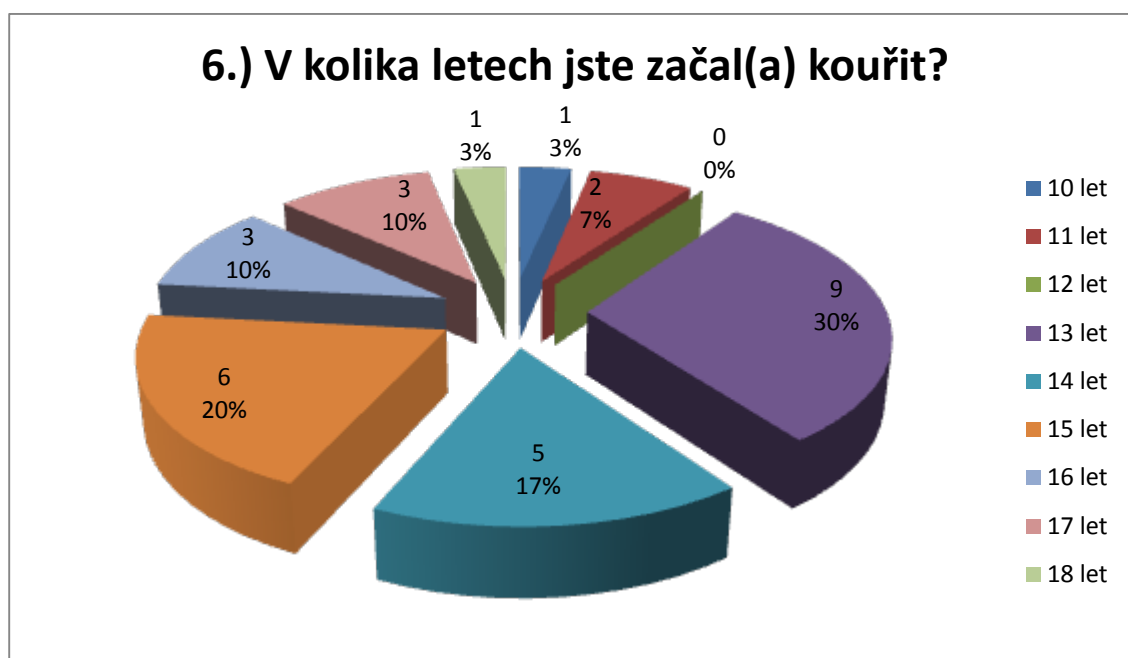
Graf č. 5



V další otázce se potvrdila hypotéza, že většina kouřících studentů bude mít i rodiče kuřáky. Zde tomu tak bylo u 20 maturantů, tvořících 38 % z celkového počtu studentů. U nekuřáků byla zase většina nekouřících rodičů, což představovalo počet 18 studentů a 35 %. U 10 studentů kuřáků, kteří představovali 19 % z celkového počtu respondentů, rodiče nekouřili. Pouze u 4 studentů nekuřáků, kteří představovali 8 % dotazovaných, byli uvedeni rodiče kuřáci.

Je vidět, že výchova a prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, má opravdu velký vliv na chování jedince. Myslím si, že jedním z velkých darů, který může rodič svému dítěti do života dát je to, že sám je nekuřák a svého potomka k nekuřáctví vede.

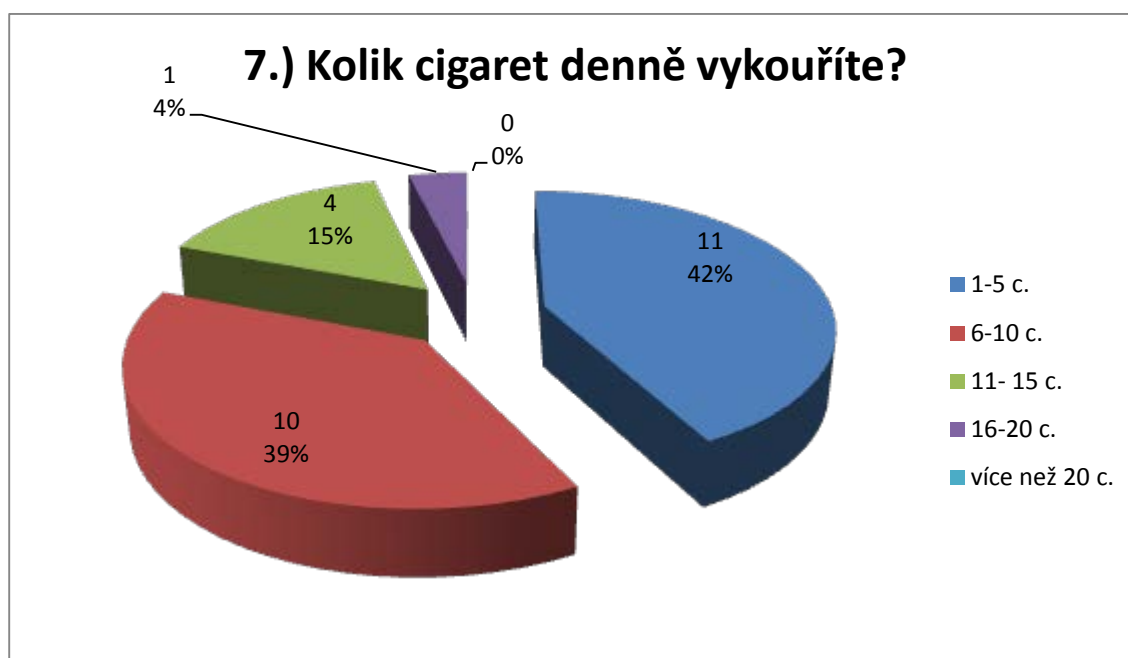
Graf č. 6



Nejvíce dotazovaných začalo aktivně kouřit v období mezi 13. a 15. rokem života. Ze 30 kuřáků jich 9 začalo kouřit ve 13 letech, což odpovídá 30 %. 6 dotazovaných začalo kouřit v 15 letech, což představuje 20 % dotazovaných kuřáků. Jako třetí nejčastější věk, kdy dotazovaný začal kouřit, byl uváděn věk 14 let. Dřívější a stejně tak i pozdější kontakt s cigaretou byl v tomto výzkumném vzorku spíše výjimkou.

To, že studenti začali kouřit v tak brzkém věku, je dle mého názoru do jisté míry vinou často nedůsledného dodržování nedostupnosti tabákových výrobků pro nezletilé v České republice.

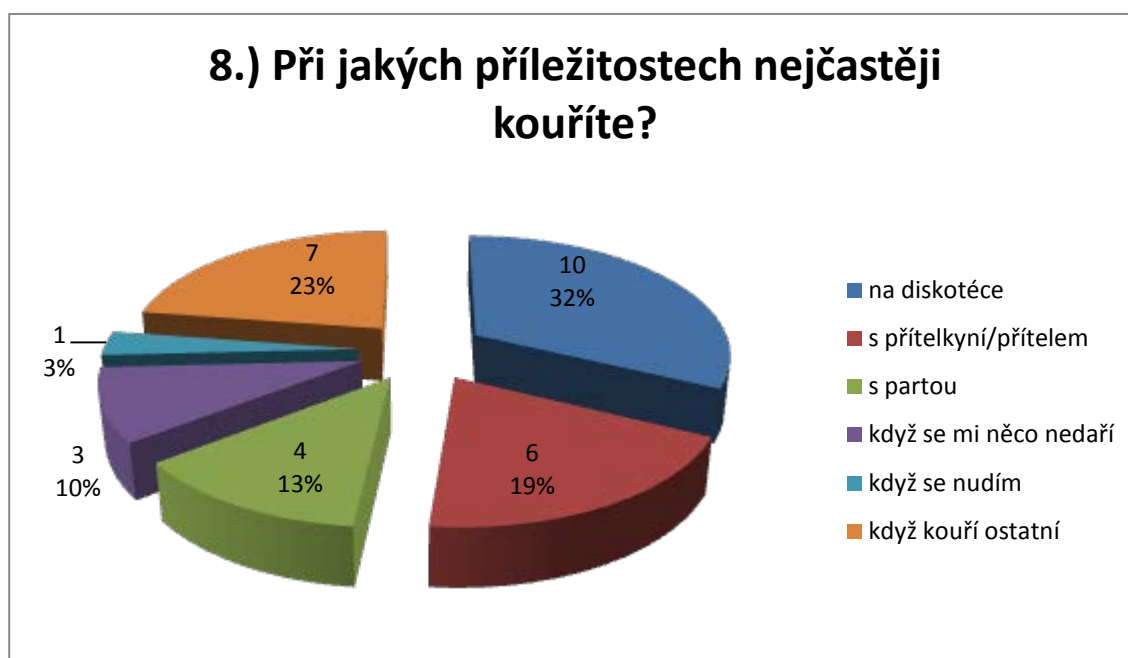
Graf č. 7



Na otázku kolik cigaret denně vykouříte, odpovídali maturanti většinou za a) 1 - 5 cigaret. V tomto případě jich takto odpovědělo 11, v procentech to potom bylo 46 % ze všech kouřících studentů. Je ovšem dost možné, že zmíněný počet může být podhodnocen a zkreslen kuřákovým míněním o vlastní závislosti a denní spotřebě cigaret.

Jen o jednoho studenta méně bylo u další možné odpovědi. 6 - 10 cigaret denně vykouří 39 % kuřáků. 4 studenti uvedli, že vykouří denně 11 – 15 cigaret. Jen jeden student uvedl, že vykouří denně 16 - 20 cigaret denně, což je velice alarmující. Více jak 20 vykouřených cigaret neuvedl ani jeden dotázaný, což není překvapivé, protože se musí vzít v úvahu i to, že kupovat si balíček cigaret na den je z ekonomického hlediska náročné i pro jedince, který si vydělává, natož pro studenta, jehož příjmy jsou ve většině případů dosti omezené.

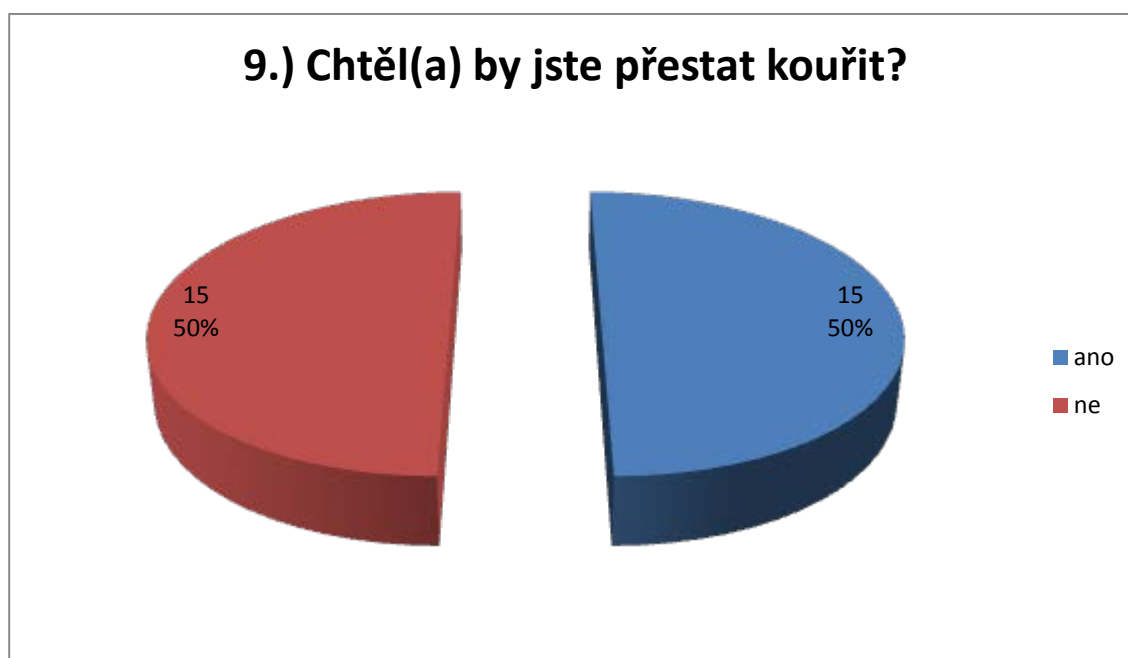
Graf č. 8



Další otázka, ve které jsem se studentů dotazovala na příležitosti, při kterých nejčastěji kouří, do jisté míry vystihuje prostředí, ve kterém se studenti nacházejí. Hodně mladých lidí navštěvuje diskotéky a také jich 32 % uvedlo, že kouří nejčastěji právě tam. Hned potom nejčastěji respondenti udávali, že kouří, když kouří ostatní a to sice ve 23 %. V 19 % studenti uváděli, že cigarety kouří nejčastěji s přítelem či přítelkyní. 13 % maturantů uvedlo, že kouří nejčastěji s partou přátel. Na odpovědích byl dobře vidět silný vliv okolí na mladého kuřáka a i to, jak snadné je s člověkem v tomto věku manipulovat.

10 % studentů udávalo, že kouří, když se jim něco nedaří. Pouhý jeden student, což ve výsledku představovalo 3 % z celkového počtu dotazovaných, uvedl, že kouří, když se nudí.

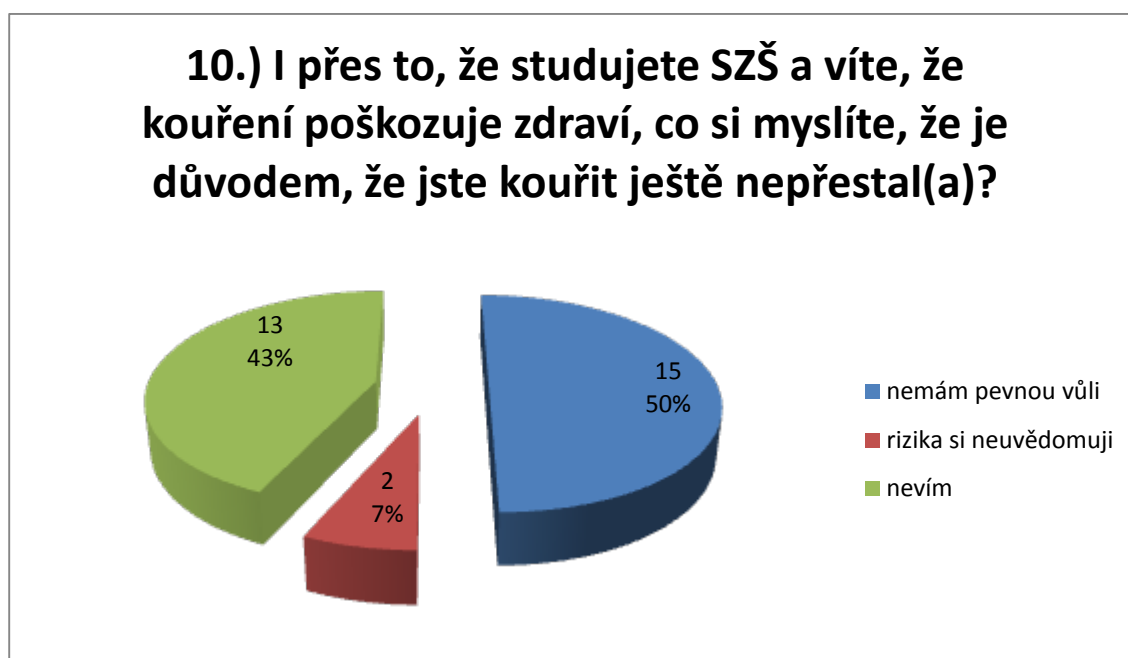
Graf č. 9



Odpovědi na otázku, zda by chtěli závislí respondenti přestat kouřit, byly vyrovnané. 15 dotázaných, což představovalo 50 %, odpovědělo, že ano. Je vidět, že tito studenti si uvědomují, že kouření je problémem, který by měli řešit.

15 studentů a tudíž zbylých 50 % kouřících studentů uvedlo, že přestat kouřit nechtějí. Je otázkou, do jaké míry byla tato odpověď upřímná. Jestliže vezmu v úvahu, že to studenti opravdu mysleli vážně, je třeba se zamyslet nad tím, proč tomu tak je. Je dost možné, že kuřákům v tomto věku dodávají cigarety pocit dospělosti, samostatnosti, toho, že jsou sami svým pánem. V kolektivu, kde se kouří, zřejmě i lépe zapadnou. Myslím si, že studenti, kteří odpověděli, že by kouřit přestat chtěli, mají vyspělejší uvažování a lepší vyhlídky na to, že se z nich v budoucnu stanou nekuřáci.

Graf č. 10



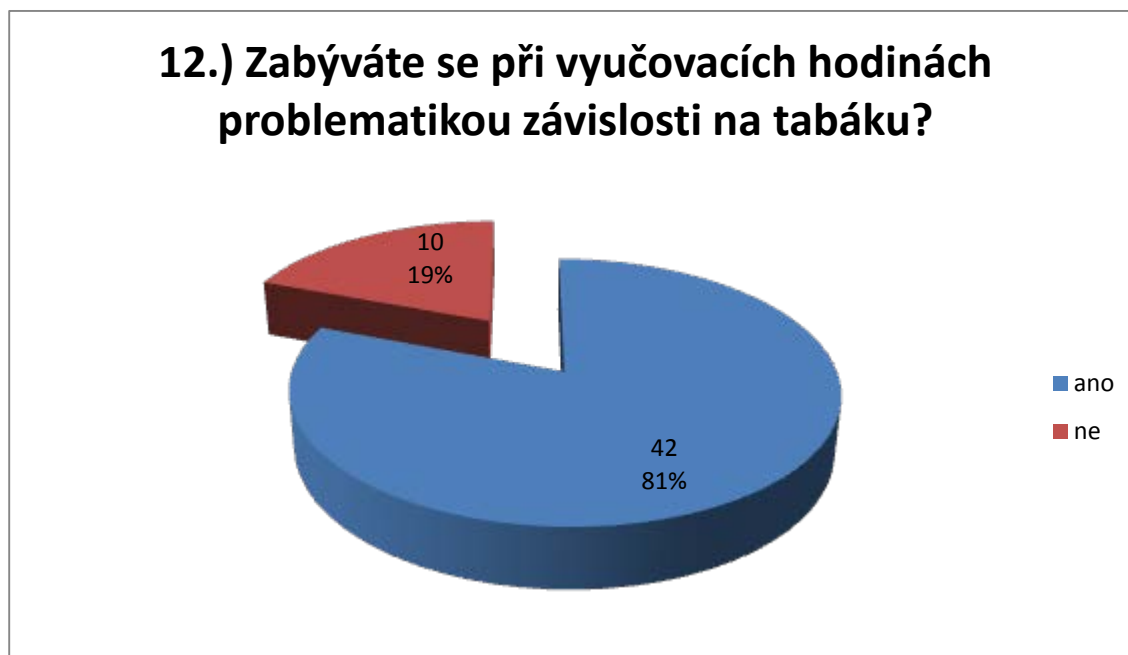
V další otázce měli kuřáci zodpovědět důvod, proč dosud nepřestali kouřit. 15 dotázaných, kteří tvořili 50 % z celkového počtu kuřáků, udávalo jako odpověď na tuto otázku nedostatek pevné vůle. Nejsem si zcela jistá, zda si tyto studenti svou pevnou vůli už někdy ověřili tím, že se pokusili přestat kouřit. 13 studentů a tudíž 43 % uvedlo jako odpověď na tuto otázku, že neví. Jen 2 studenti, tvořící zbylých 7 %, uvedli jako důvod na otázku, proč ještě nepřestali kouřit, že si neuvědomují rizika spojená s kouřením.

Graf č. 11



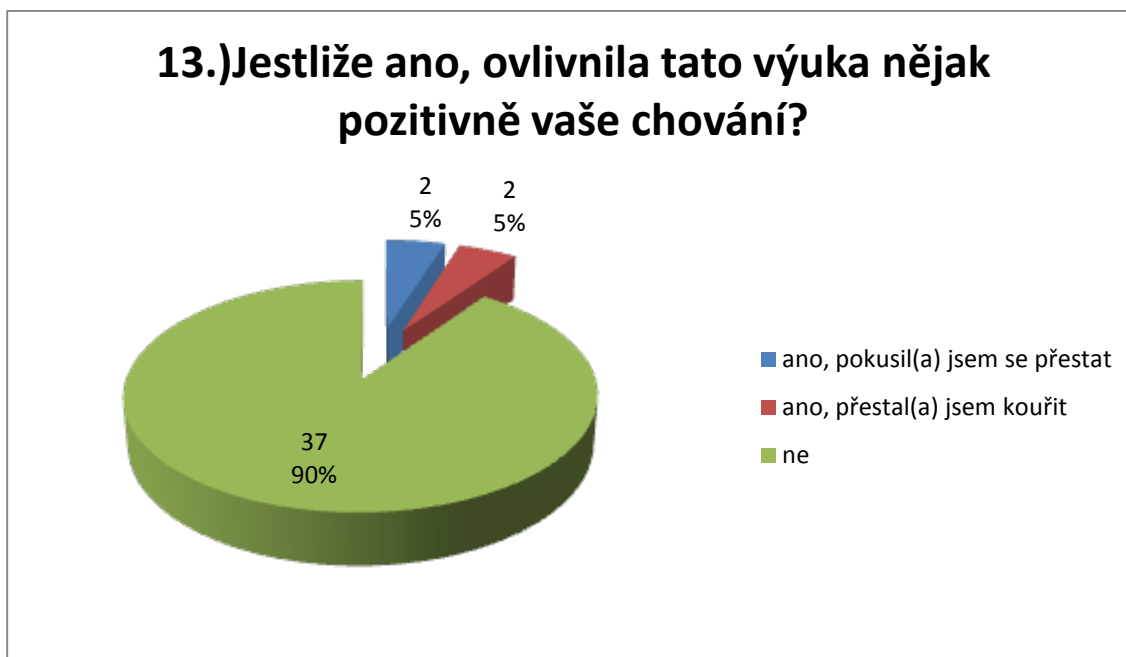
Naprostá většina studentů na tuto otázku uvádělo jako odpověď to, že o preventivních programech sice slyšeli, ale na konkrétní názvy se nevzpomenou. V tomto případě tak odpovědělo 46 studentů, tvořících 88 % celkového počtu. Myslím si, že vyplnění této možnosti bylo pro studenty nejschůdnější a nejjednodušší. Proto si myslím, že pravdivost těchto odpovědí je diskutabilní. Jen v jednom případě respondent uvedl správně preventivní program týkající se kouření a to sice projekt s názvem: Chci žít zdravě - moderní je nekouřit. 5 studentů představujících 10% uvedlo, že o preventivních programech tohoto druhu nikdy neslyšeli.

Graf č. 12



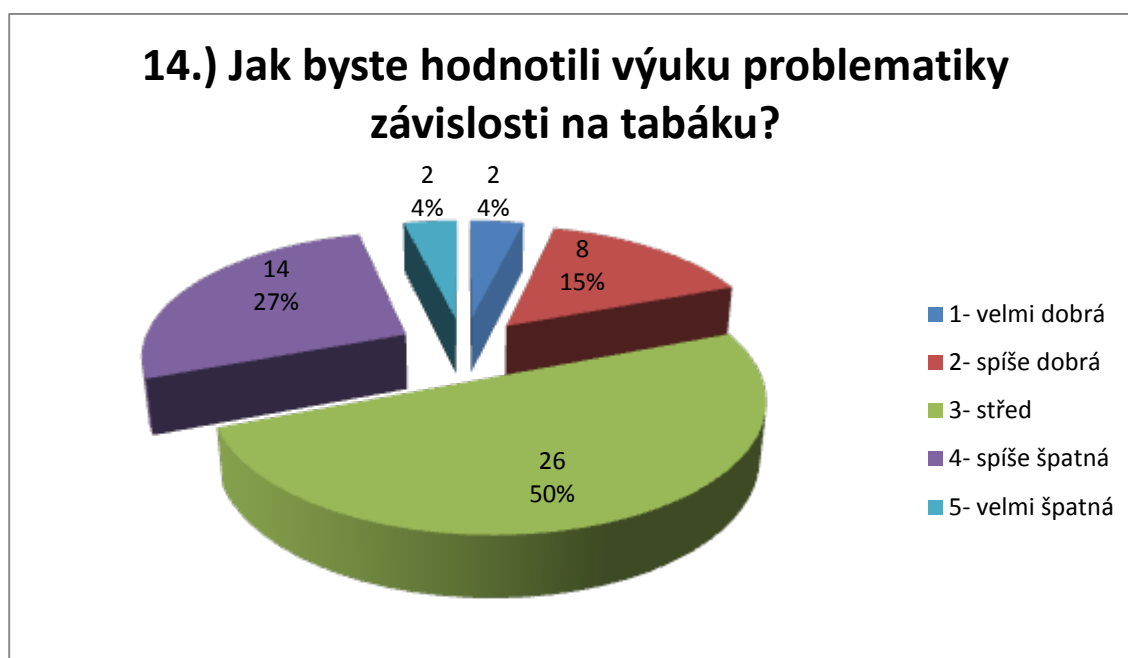
42 studentů, v procentech 81 % dotázaných, uvedlo, že se při vyučování problematikou závislosti na tabáku zabývají. Zbýlých 10, což představuje 19 %, uvedlo, že ne. Všichni studenti oboru sociální péče uvedli, že se problematikou s vyučujícími při hodinách zabývají. Což může být dáno například důslednějším zaměřením na výuku prevence v této třídě.

Graf č. 13



90 % a tudíž 37 studentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že se kouřením ve výuce zabývají, výuka nijak neovlivnila. 2 respondenti, tj. 5% z celkového počtu, uvedlo, že přestalo kouřit a další dva studenti, kteří tvořili 5% z celkového počtu, uvedli, že se pokusili přestat kouřit. Myslím si, že studenty neovlivnila výuka prevence na střední škole z toho důvodu, že už ve většině případů při nástupu na střední školu kouřili a do jisté míry se tak preventivní programy mýjely účinkem. Prevence na základní škole je podle mě důležitější a je-li správně provedena, měla by být i účelnější.

Graf č. 14



U této otázky byla škálová stupnice odpovědí. Studenti měli hodnotit výuku čísly od jedné do pěti (1- velmi dobrá, 2 - spíše dobrá, 3 - střed, 4 – spíše špatná, 5 – velmi špatná). Velmi dobře ohodnotili výuku dva studenti tvořící 4 %, spíše dobře 8 studentů a tedy 15 % z celkového počtu dotazovaných. 26 respondentů hodnotilo výuku číslem 3 a to sice celých 50 % maturantů. Číslem 4 hodnotilo výuku 14 respondentů, což je 27 % ze všech zúčastněných. Jako velmi špatná byla výuka problematiky závislosti na tabáku hodnocena dvěma studenty, kteří tvořili 4 % dotazovaných.

Z grafu je vidět, že hodnocení číslem 1 (nejlepší hodnocení) a naopak číslem 5 (nejhorší hodnocení) bylo uváděno výjimečně. Nejvíce odpovědí bylo zaznamenáno u varianty střed. Myslím si, že to bylo i zčásti proto, že pro respondenty je nejschůdnější, dost možná i nepohodlnější, odpovědět průměrným hodnocením.

2.9.2 Rozbor dotazníků ze SZŠ 5. května

Ve druhé části se budu věnovat rozboru dotazníků ze Střední zdravotnické školy 5. května v Praze. Na této škole je celkem 109 studentů v maturitních ročnících. Z tohoto celkového počtu jich bylo dotazováno 83, mezi nimiž bylo 46 kuřáků.

Z vyučujících byla oslovena opět výchovná poradkyně školy a druhý dotazník byl vyplněn zástupkyní paní ředitelky.

Problematikou závislosti na tabáku se i na této škole při výuce zabývají a to sice formou přednášek a v rámci odborných předmětů, zejména v ošetrovatelství a při praktické výuce.

Na otázku, kolik času na škole přibližně věnují prevenci kouření, odpovídá zástupkyně, že neví a výchovná poradkyně, že po dobu celého studia.

Obě dotázané se shodují na tom, že dotace určená pro tuto problematiku je dostatečná.

Jako metody výuky v prevenci kouření byly zvoleny interaktivní semináře a alternativní způsoby výuky, např. Den pro zdraví.

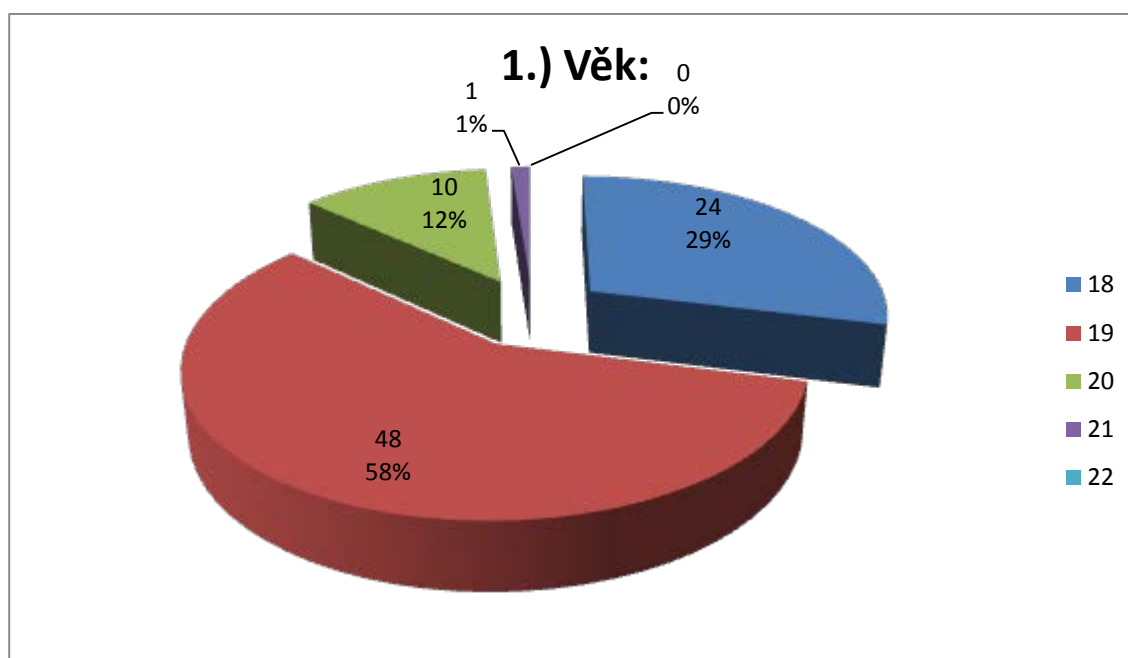
Jako u předchozí školy, i na 5. květnu byl rozdíl v odpovědích na otázku, zda si vyučující myslí, že kouří více než polovina žáků v jedné třídě. Zástupkyně ředitelky je mínění, že nikoliv, výchovná poradkyně si myslí, že ano.

U další otázky měly obě vyučující hodnotit výuku prevence závislosti na tabáku na zdejší škole. Zástupkyně ředitelky hodnotila číslem dvě, tj. spíše dobrá. Výchovná poradkyně se u této otázky více rozepsala. Výuku prevence hodnotí číslem jedna, avšak snaha se podle ní mívá s účinkem a výsledek by tedy ohodnotila číslem čtyři, tj. spíše špatné.

Jako poslední byla zvolena opět otázka se škálovým hodnocením na stupnici od jedné do pěti. Paní zástupkyně hodnotila výuku léčby závislosti na tabáku číslem tři, tedy jako střed. Výchovná poradkyně uvedla taktéž střed a dodala, že studenti jsou schopni pacientům poradit a vyžadují zlepšení (nekouření), ale sami studenti to nedodržují.

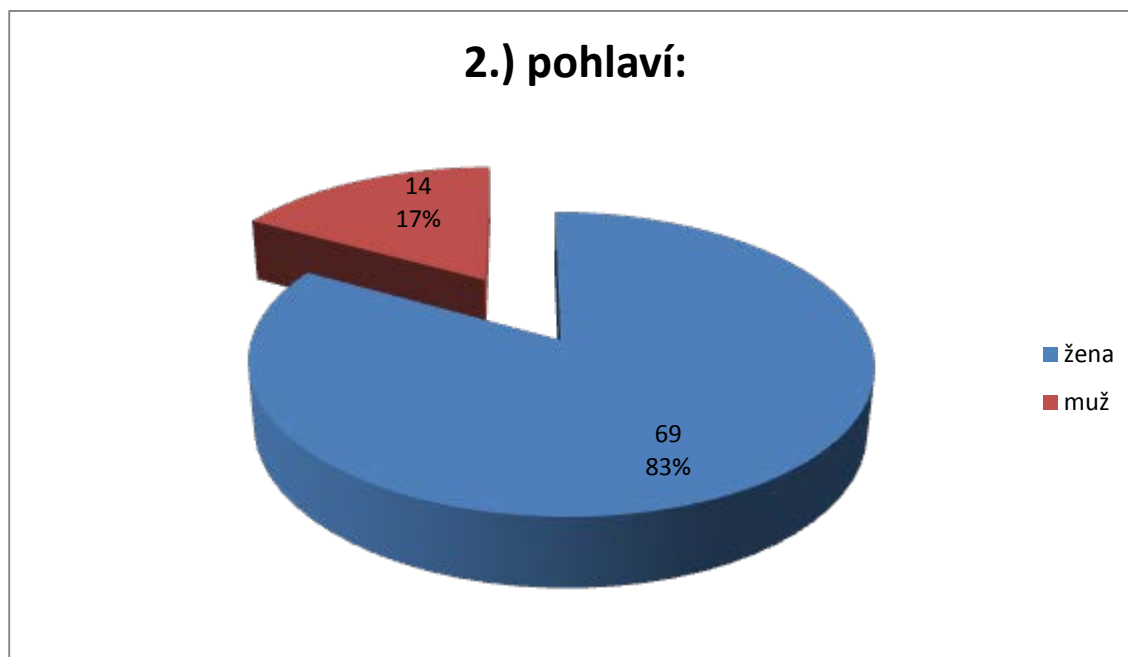
Jako v předešlém případě, i zde uvádím grafy, které mají vystihovat současnou situaci, týkající se přístupu prevence kouření u maturitních ročníků na SZŠ 5. května.

Graf č. 1



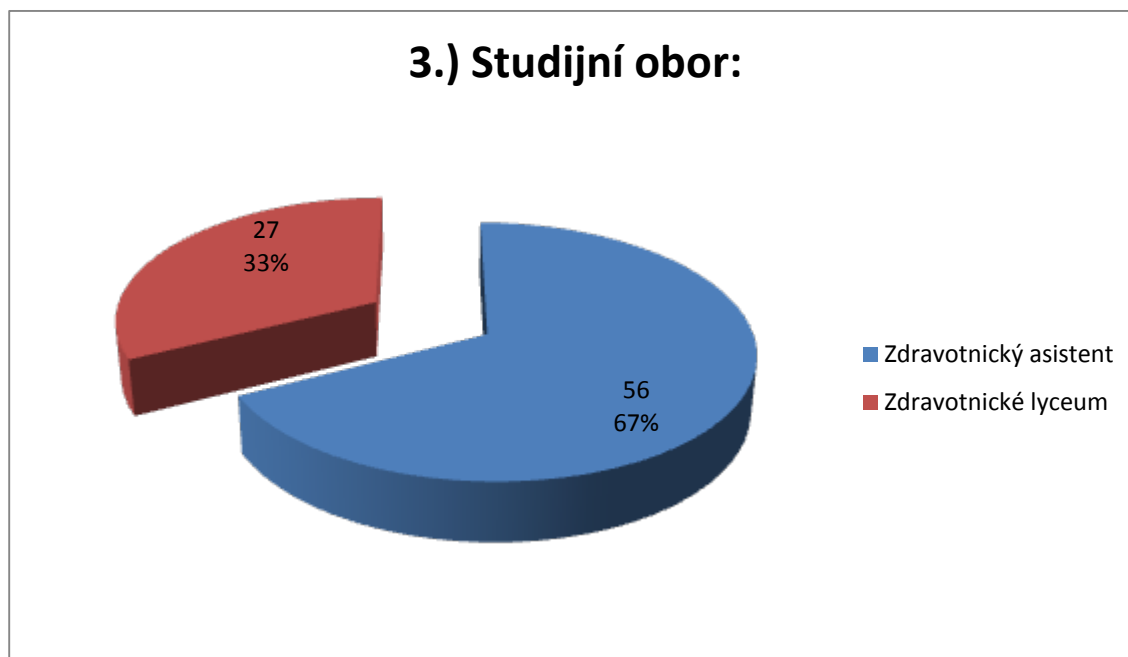
Jako v předešlé škole, i zde byli v nejvyšším počtu zastoupeni studenti ve věku 19 let. Celkem jich bylo 48, což představuje 58 % z celkového počtu. Dotazovaných osmnáctiletých studentů bylo 24, což ve výsledku odpovídá 29 %. Dvacetiletých studentů se zúčastnilo 10, tedy celkem 12 %. Jen jednomu maturantovi bylo 21 let a ve věku 22 let nebyl dotazován žádný respondent.

Graf č. 2



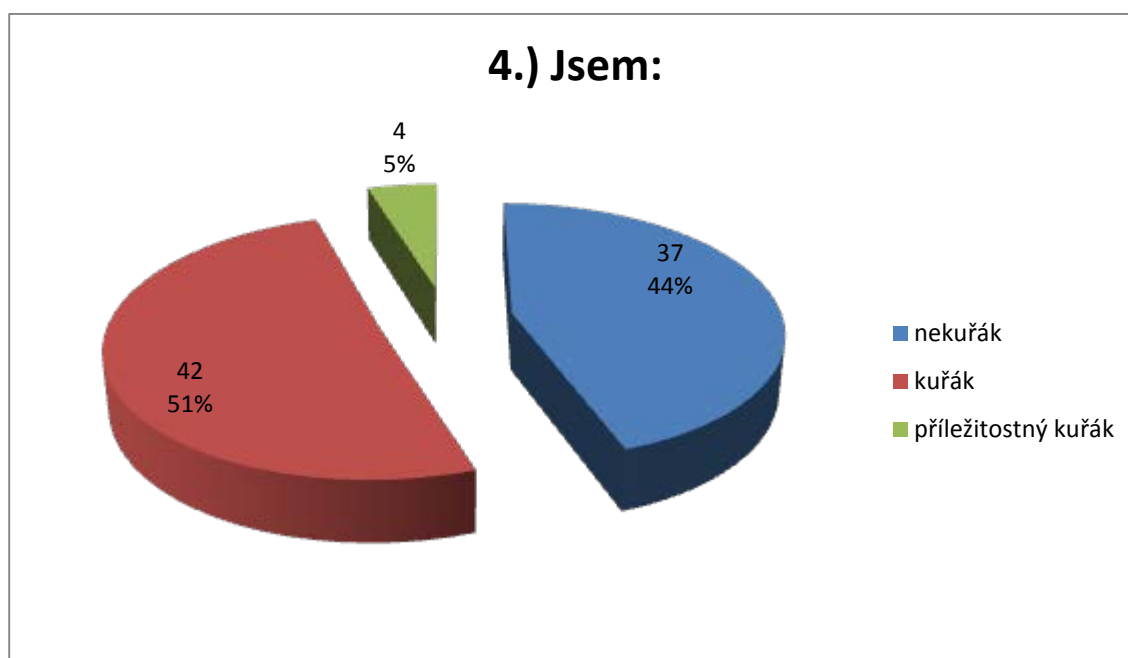
I zde bylo v maturitních ročnících o poznání více žen než mužů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 69 žen, v procentech to potom bylo 83 %. Dotazovaných mužů bylo o poznání méně a to sice 14, v procentech představujících zbylých 17 %. Nejvíce mužů bylo zastoupeno v oboru zdravotnický asistent a to sice 11.

Graf č. 3



Na škole jsem rozdávala dotazníky do dvou maturitních tříd dvou různých oborů. Jednalo se o obor zdravotnický asistent a obor zdravotnické lyceum. 56 dotazovaných respondentů (67 %) studovalo obor zdravotnický asistent a 27 studentů (33 %) obor zdravotnické lyceum.

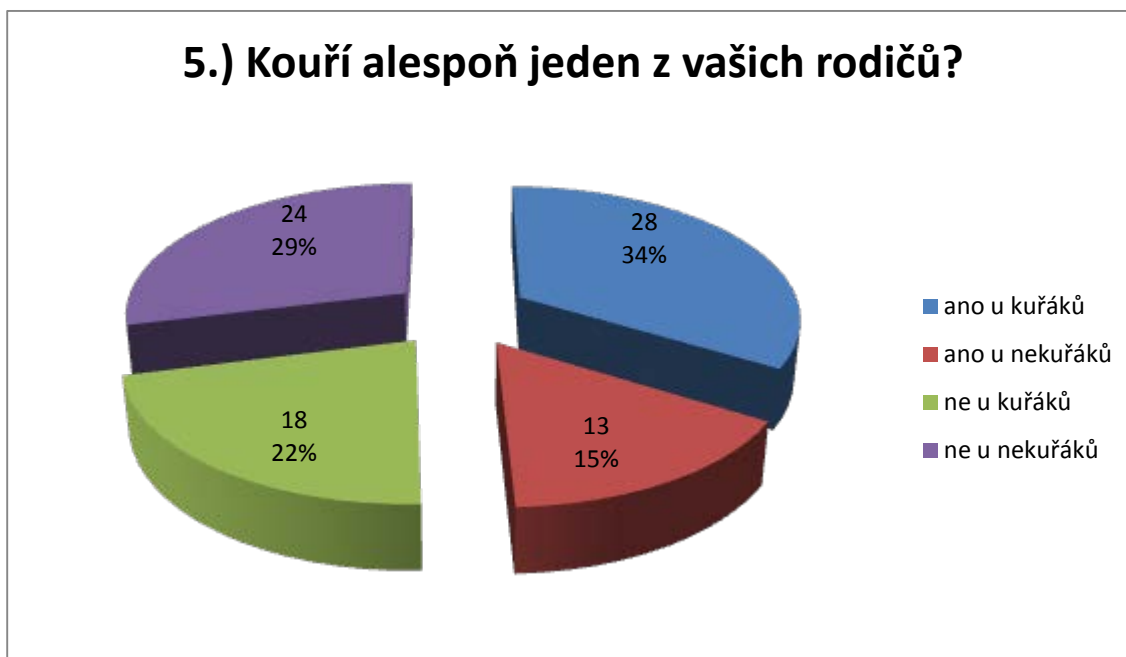
Graf č. 4



U této otázky byly odpovědi dosti shodné s předešlou školou. Při započítání příležitostných kuřáků zde bylo jen o 2 % méně kuřáků než na církevní škole v Ječné ulici. Na této škole je 46 kouřících maturantů, zatímco nekuřáků je opět o něco méně a to sice 37. Nejvíce kouřících studentů bylo opět v oboru zdravotnický asistent, a to sice z 56 studentů celkem 31 kuřáků. Domnívám se, že by zde mohla být souvislost s tím, že maturanti, kteří studují obor zdravotnický asistent, mohou mít horší studijní předpoklady než maturanti oboru zdravotnické lyceum, kde bývají děti více nadané.

Celkově tedy bylo na škole 42 aktivních kuřáků, představujících 51 % a 4 příležitostní, tvořící 5 % z celkového počtu. Zbýlých 37 studentů (44 %), bylo nekuřáků.

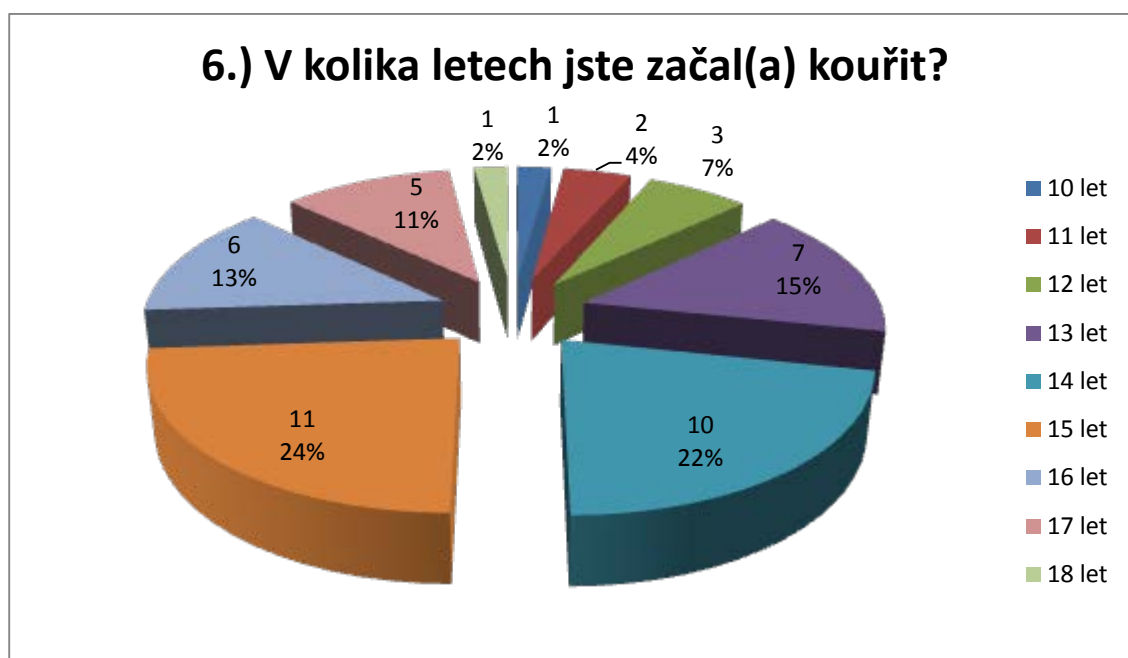
Graf č. 5



Zde se výsledky v některých odpovědích v porovnání se školou v Ječné ulici shodovaly méně. Vliv rodičů na dítě zde nebyl tak dobře znatelný jako u předchozí školy. 28 studentů (34 %), kteří kouří, mají i rodiče kuřáky. 13 studentů (15 %), kteří nekouří, mají také kouřící rodiče, což je více jak dvojnásobný počet v porovnání s církevní školou.

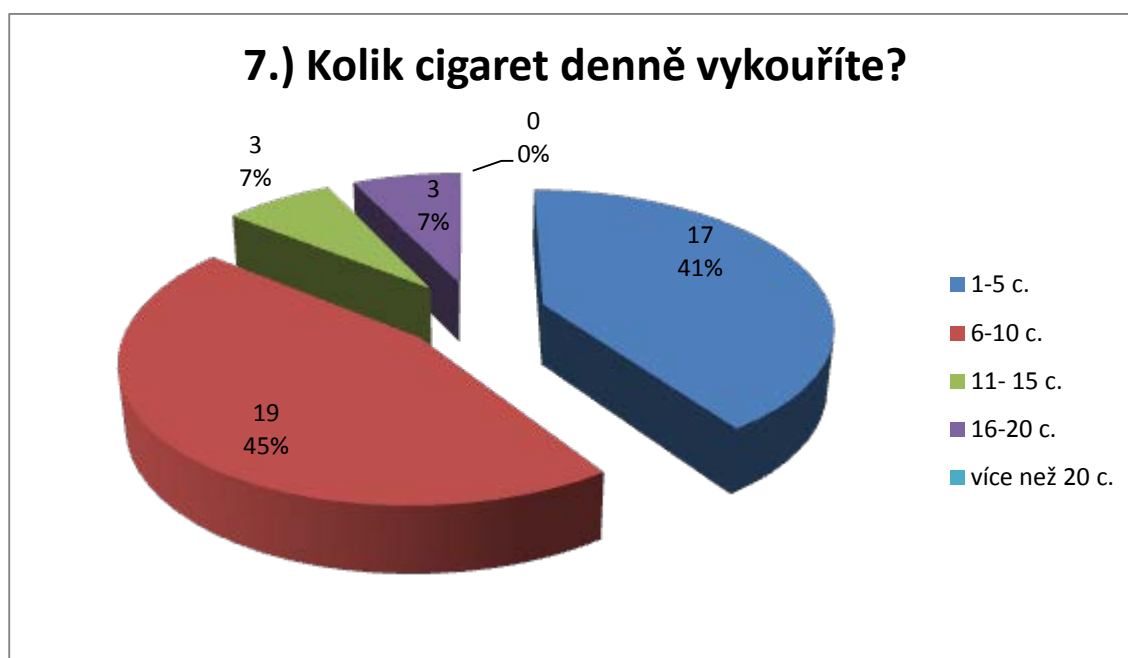
U 18 studentů kuřáků (22%) rodiče nekouří. 24 maturantů (29%), kteří nekouří, mají rodiče nekuřáky.

Graf č. 6



Stejně tak jako v předešlé škole i zde začala většina dotazovaných kouřit v období mezi 13. a 15. rokem. V 10 letech začal kouřit 1 student. V 11 letech 2 studenti. Ve 12 letech byl zaznamenán opět nárůst o jednoho kuřáka. Ve 13 letech kouřilo už 7 studentů, ve 14 letech jich kouřilo 10 a začátek kouření v 15 letech uvedlo 11 maturantů. Od 16. roku věku nárůst kuřáků klesal. V 16 letech začalo kouřit 6 studentů, v 17 letech 5 studentů a v 18. roce věku pouhá jedna studentka.

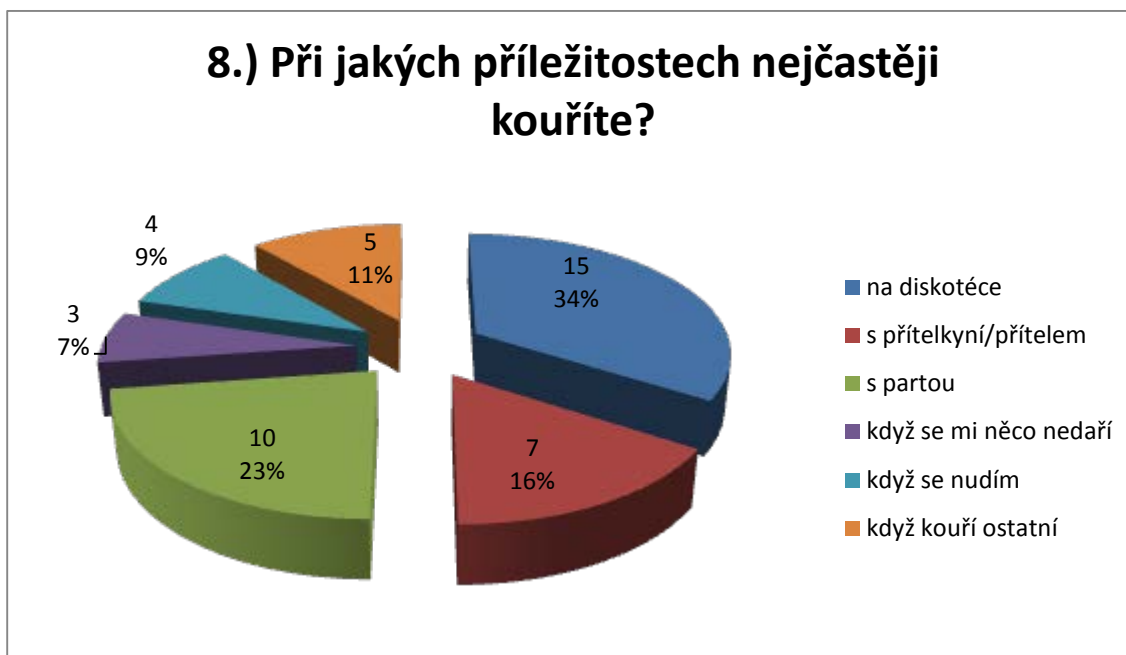
Graf č. 7



19 dotazovaných kuřáků, což představuje 45 %, uvedlo, že vykouří denně 6 – 10 cigaret. 17 studentů, kteří tvořili 41 %, uvedlo 1 – 5 kusů vykouřených cigaret za den.

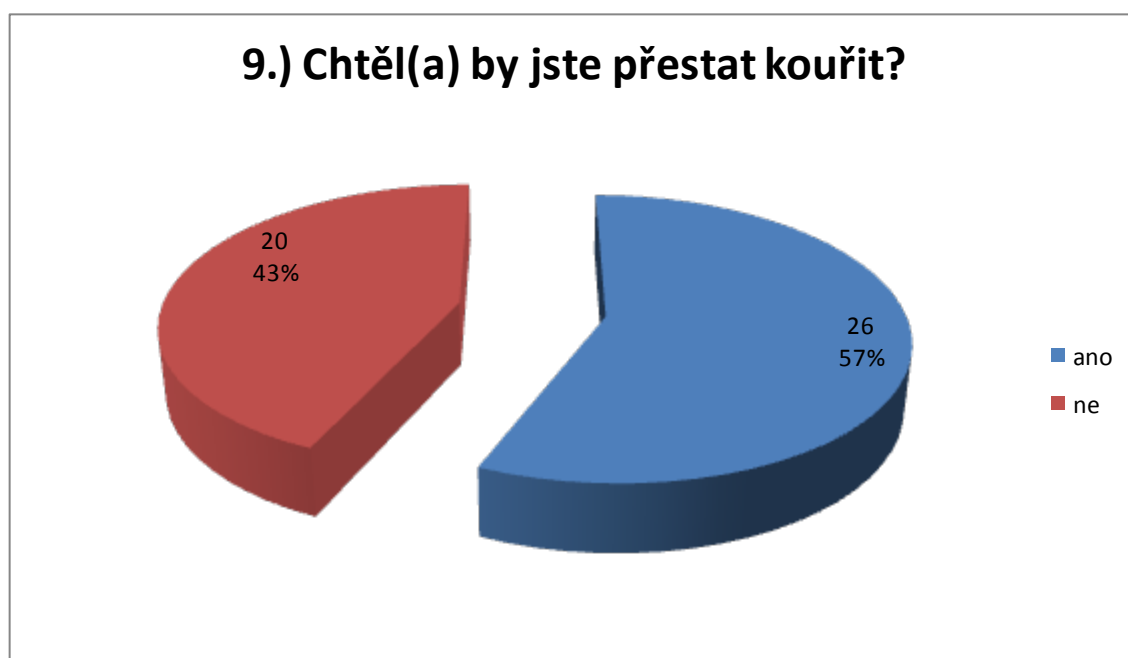
Vyšší spotřeba cigaret byla uváděna sporadicky. Ve 3 případech (7 %) udávali studenti, že vykouří 11 – 15 cigaret denně a ve shodném počtu uváděli studenti 16 – 20 vykouřených cigaret za den. Více než 20 vykouřených cigaret, stejně jako v předešlé škole, neuvedl nikdo.

Graf č. 8



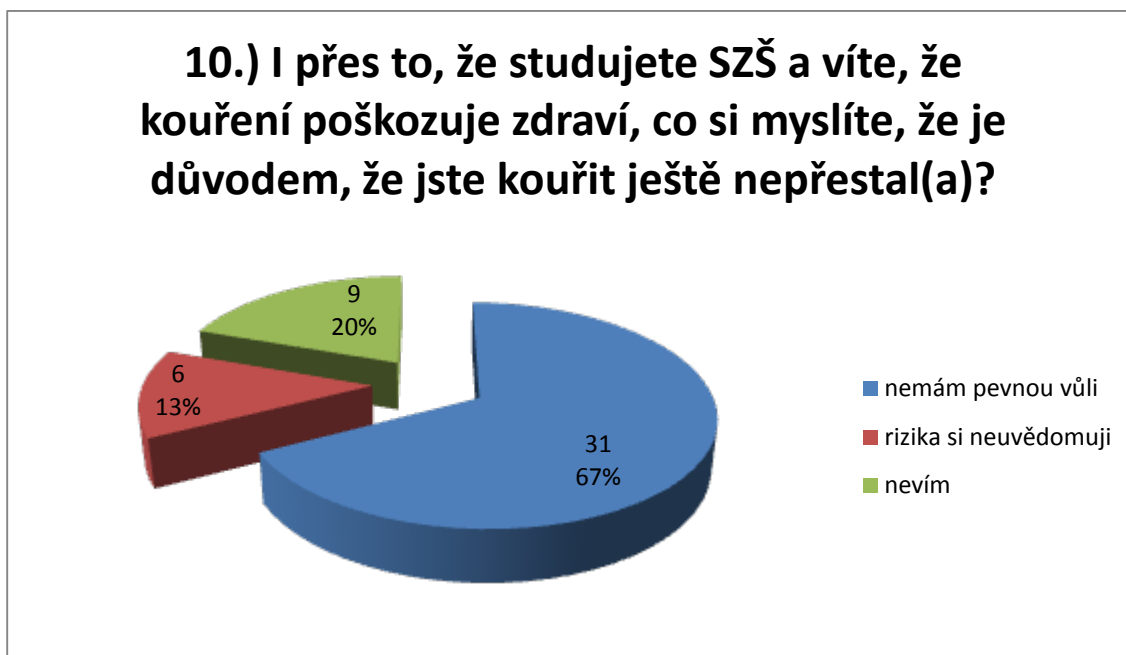
34 % studentů kouří nejčastěji na diskotéce. 23 % maturantů uvádělo jako nejčastější příležitost ke kouření přítomnost v partě. Jako třetí nejčastější volená možnost bylo kouření cigaret s přítelem nebo s přítelkyní a to sice u 16 % dotazovaných. 11 % studentů uvedlo, že kouří nejčastěji, když kouří i ostatní. 9 % studentů udávalo jako nejčastější důvod ke kouření to, že se nudí a nemají co dělat. Zbylých 7 % studentů nejčastěji kouří, když se jim něco nedaří.

Graf č. 9



Více než polovina studentů uvedla, že by chtěla přestat kouřit. Jednalo se o 26 maturantů, tvořících 57 % odpovídajících na tuto otázku. 20 studentů, představujících 43%, uvedlo, že by přestat kouřit nechtěli. Zde se opět nabízí otázka, do jaké míry je negativní přístup k zanechání kouření pouhou pózou a do jaké míry je myšlen vážně. Každopádně to, že si většina kouřících studentů uvědomuje, že jejich závislost je problémem a chtějí přestat kouřit, je velice pozitivní zjištění.

Graf č. 10



U této otázky většina studentů – kuřáků uvedla, že nemají pevnou vůli na to, aby přestali kouřit. Bylo to 67 % tvořených 31 studenty, což je ještě o 17 % více než u předešlé školy. 9 studentů, tvořících 20 % uvedlo, že neví, proč ještě nepřestali kouřit. 6 maturantů, představujících 13 % z celkového počtu, odpovědělo, že nepřestali doposud kouřit, jelikož si neuvědomují rizika, která s sebou kouření nese. Myslím si, že na střední zdravotní škole by si měli studenti rizika uvědomovat více, než na ostatních středních školách. Možná je tato odpověď i odrazem přístupu k prevenci kouření na škole. V tom případě by na tom byla předchozí škola o něco lépe.

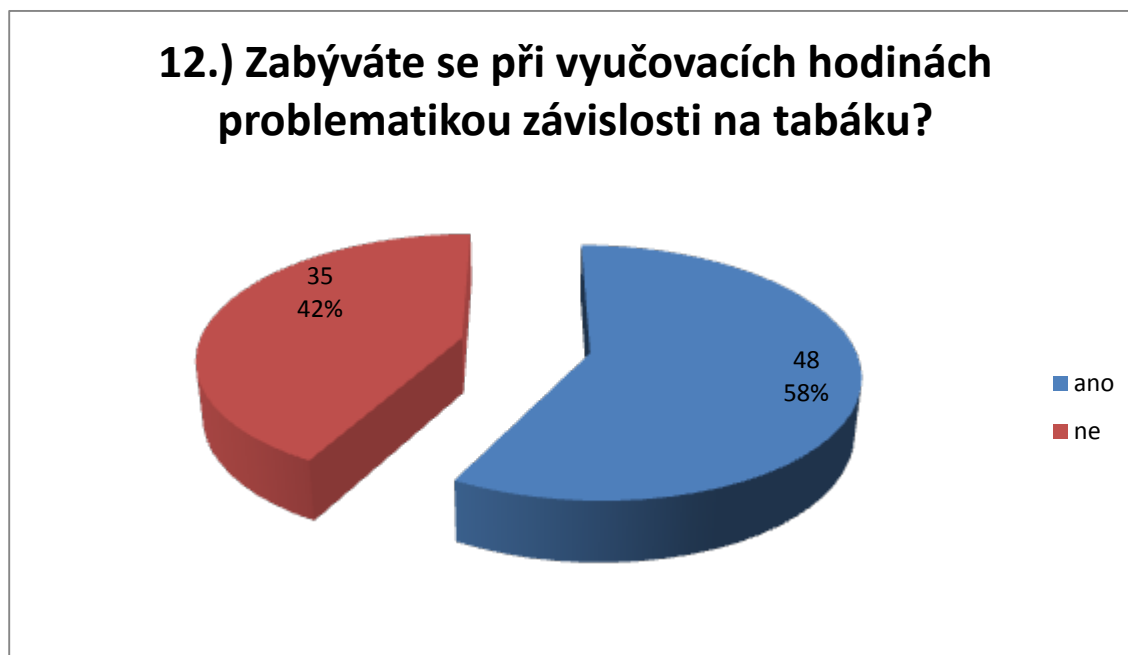
Graf č. 11



Na tuto otázku odpověděla naprostá většina studentů (92 %), že o preventivních programech sice slyšeli, ale na konkrétní názvy si nevzpomenou.

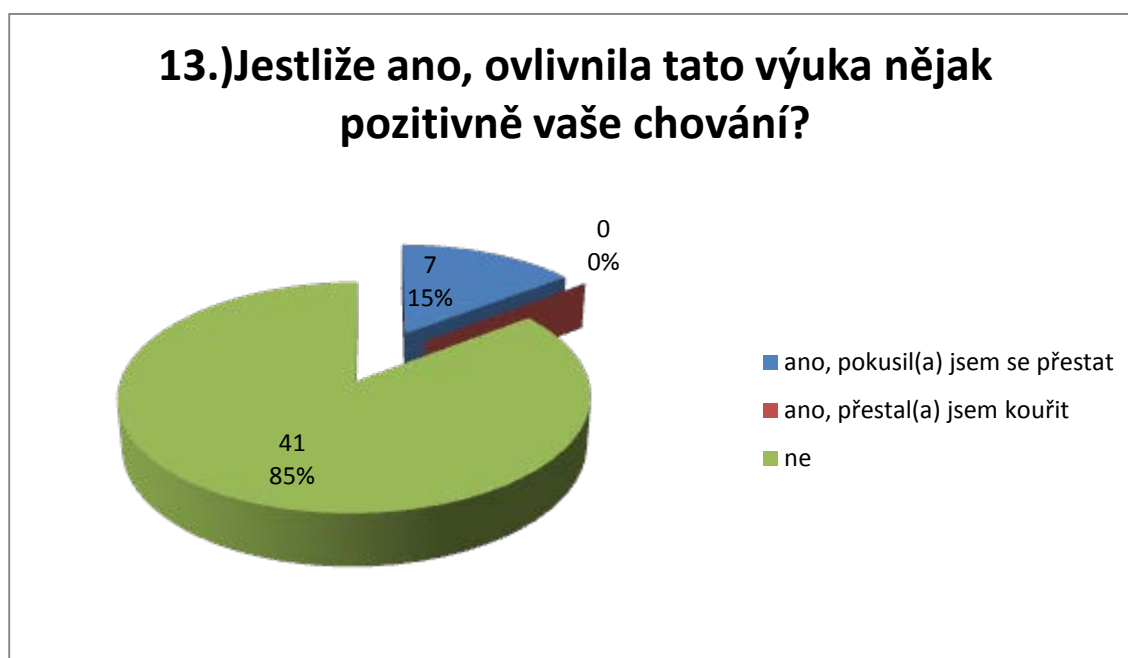
Zbylých 8 % jako odpověď uvedlo, že o preventivních programech tohoto druhu nikdy neslyšeli. Žádný student nedokázal vyjmenovat konkrétní název preventivního programu týkající se kouření. Toto zjištění by mělo být dle mého názoru pro školy alarmující.

Graf č. 12



U další otázky studenti v 58 % odpověděli, že se problematikou závislosti na tabáku při vyučování nezabývají. V porovnání s církevní školou je to o 23 % méně. 42 % studentů uvedlo, že se touto problematikou na škole nezabývají.

Graf č. 13



Do další otázky byli zahrnuti pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že se s vyučujícími problematikou závislosti na tabáku zabývají.

85 % studentů uvedlo, že je výuka nijak neovlivnila. 15 % studentů na tuto otázku odpovědělo tím, že se pokusili přestat kouřit. Nikoho výuka neovlivnila natolik, aby kouření zanechal.

Graf č. 14



Studenti odpovídali nejčastěji na tuto otázku tzv. zlatou střední cestou. Odpověď – střed zvolilo 44 studentů, tvořících 53 % z celkového počtu všech dotazovaných. Výuku jako spíše špatnou ohodnotilo 21 studentů, tvořících 25 %. Výuku jako velmi špatnou považuje 10 studentů, což je ve výsledku 12 %. Na škále odpovědí se zřídka vyskytovala pozitivní hodnocení. Výuku jako spíše dobrou ohodnotilo 6 studentů, což je 7 %. Hodnocení výuky jako velmi dobré se objevilo ve 2 případech a tedy v mizivých 3 %.

2.10 Vyhodnocení

Na obou školách byli zastoupeni v nejvyšším počtu devatenáctiletí studenti, hned poté studenti osmnáctiletí. V CSZŠ Jana Pavla II. bylo v maturitních ročnících 90 % žen a 10 % mužů. Na SZŠ 5. května byly dotazované ženy zastoupeny v 83 % a muži v 17 %.

Na církevní zdravotní škole byli dotazováni maturanti tří oborů a to sice zdravotnický asistent, sociálně správní činnost a pečovatelská činnost. Z celkového počtu 84 studentů se výzkumného šetření zúčastnilo 56 studentů. Na druhé škole byli dotazováni studenti oboru zdravotnický asistent a oboru zdravotnické lyceum.

Na CSZŠ Jana Pavla II. a SOŠ sociální svaté Zdislavy bylo 50 % respondentů kuřáků a 8 % bylo příležitostných kuřáků. Na 5. květnu to bylo o něco méně a to sice 51 % kuřáků a 5 % příležitostných kuřáků. Úplných nekuřáků bylo tedy na církevní škole 42 % a na státní škole 44 %. Je vidět, že to, zda je škola církevní či státní nehraje žádnou roli, protože výsledky jsou téměř shodné na obou školách. Nejvíce kuřáků v těchto školách bylo zastoupeno u oboru zdravotnický asistent. Na CSZŠ kouřilo ze sedmnácti dotázaných asistentů třináct a na SZŠ 5. května z padesáti šesti dotázaných studentů stejného oboru, jich kouřilo třicet jedna. Docela častým problémem u vyplňování dotazníků byla situace, kdy dotázaný uvedl, že je příležitostný kuřák a v další otázce vyplnil 1 – 5 cigaret vykouřených cigaret denně. Takové jedince jsem rovnou zařazovala mezi kuřáky.

Ve výzkumu se mi také potvrdilo to, že ve většině případů, kdy kouří rodič, kouří i jeho potomek a naopak, nekuřáci většinou vychovávají ze svých dětí další nekuřáky. Na obou školách začali studenti kouřit nejčastěji v období mezi 13. a 15. lety. Ani zde nebyly pozorovány větší odchylky mezi školami, kde jsem výzkumné šetření prováděla.

Na církevní škole uváděli studenti nejčastěji počet vykouřených cigaret v rozmezí jedné až pěti cigaret denně. Na 5. květnu to byl počet 6 – 10 cigaret denně. Rozdíl mezi variantou a) a b) však nebyl v porovnání těchto dvou škol nijak markantní. Nejvíce respondentů kouří nejčastěji v prostředí diskoték.

Přestat kouřit by chtělo více dotazovaných ze SZŠ 5. května, na CSZŠ to bylo o něco méně. Další otázka byla opět vyrovnaná. Studenti obou škol udávali jako nejčastější odpověď na otázku, proč ještě nepřestali kouřit důvod, že nemají dostatek silné vůle.

Trochu zarážející mi přišlo, že z celkového počtu 135 studentů jen jeden dokázal vyjmenovat některý z preventivních programů. Na otázku, zda se při vyučovacích

hodinách věnují problematice závislosti na tabáku, odpovědělo na CSZŠ 81 % studentů, že ano. Na zdravotnické škole 5. května to bylo o poznání méně a to sice jen 58 % studentů. Ve velké většině případů výuka studenty nijak neovlivnila. Výuka problematiky závislosti na tabáku byla nejčastěji hodnocena číslem tři, tj. střed.

2.11 Diskuze

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda se střední zdravotnické školy v Praze věnují u svých studentů problematice tabakismu a jeho prevenci.

Metodou dotazníkového šetření jsem se na tuto otázku zeptala paní ředitelky z CSZŠ a SOŠ sociální v Ječné ulici, zástupkyně paní ředitelky ze SZŠ 5. května a výchovných poradkyní na obou školách. Všechny dotazované odpověděly, že se problematikou závislosti na tabáku ve škole zabývají. Na tu samou otázku jsem se dotazovala i studentů. Na škole v Ječné ulici uvedlo 81 % studentů, že se při výuce touto problematikou zabývají, na škole 5. května to bylo 51 % studentů.

Jedním z dílčích cílů bylo zjistit, kdo se na škole věnuje této problematice. Bylo zjištěno, že na školách je problematika zařazována do odborných předmětů a údajně jsou pro studenty pořádány i přednášky, zabývající se kouřením. Na školách se problematice věnují všichni učitelé, v jejichž předmětech je problematika probírána. Prevencí kouření se zabývají také výchovné poradkyně. Na obou školách bylo uvedeno, že se problematikou kouření zabývají po dobu celých 4 let studia.

Abych zjistila, zda jsou informace od vyučujících pro studenty dostačující, zeptala jsem se na znalost preventivních programů. Z obou škol dokázal jen jeden student vyjmenovat některý z programů zabývající se prevencí kouření. Převážná většina studentů uvedla, že o preventivních programech sice slyšeli, ale na konkrétní názvy si nevzpomenou. Myslím si, že pro studenty byla tato odpověď poněkud pohodlná a že někteří o žádném preventivním programu dost možná ani neslyšeli.

Ke zjištění posledního dílčího cíle bylo potřeba, aby studenti odpověděli na otázku, zda výuka na škole ovlivnila jejich chování a náhled na problematiku kouření. Na CSZŠ A SOŠ sociální v Ječné ulici odpovědělo 90 % studentů, že je výuka nijak neovlivnila, na SZŠ 5. května to bylo 85 % studentů. Myslím si, že studenty neovlivnila výuka prevence na střední škole z toho důvodu, že už ve většině případů při nástupu na střední školu kouřili a do jisté míry se tak preventivní programy mýjely účinkem. Proto je velice důležité

přístupovat k prevenci kouření co nejdříve, v ideálním případě při nástupu jedince na střední školu. Zde se nabízí možnost ovlivnit studenty, kteří začali kouřit v 15. letech a více.

V diskuzi bych se chtěla zmínit také o hypotézách, s jejichž výsledky jsem byla spokojená.

První hypotéza se potvrdila. Na středních školách nebyla z pohledu studentů ve většině případů výuka prevence závislosti na tabáku dostatečně obsáhlá a kvalitní. Musím říci, že jsem takový výsledek čekala z důvodu věku respondentů, kdy je pro jedince v tomto věku kolikrát až přirozené odmítat názory autorit a celkově na vyučující a jejich snahu pohlížet spíše negativně. Je proto možné, že kritika ze strany studentů, byla v některých případech neoprávněná.

Výsledek druhé hypotézy je diskutabilní. Mým názorem je, že minimálně jedna ze dvou škol, která mi odmítla spolupráci, se touto problematikou vůbec nezabývá. Nemohu to ale nijak prokázat, takže to opravdu zůstane na úrovni hypotézy.

Ve třetí hypotéze jsem se domnívala, že 60 % studentů bude kouřit. Nebyla jsem daleko od pravdy, na škole v Ječné ulici kouřilo 58 % dotázaných studentů a na škole 5. května bylo zaregistrováno 56 % studentů z celkového počtu dotazovaných.

Ve čtvrté hypotéze jsem předpokládala, že u většiny kouřících studentů budou kouřit i rodiče. I tato hypotéza se výzkumným šetřením potvrdila. Je vidět, že výchova a prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, má opravdu velký vliv na chování jedince. Myslím si, že jedním z velkých darů, který může rodič svému dítěti do života dát je to, že sám je nekuřák a svého potomka k nekuřáctví vede.

2.12 Návrhy pro praxi

Vzhledem k tomu, že na obou zdravotnických školách kouřila většina studentů, je určitě vhodné se ve výuce prevencí kouření zabývat více, než tomu bylo dosud. Zdravotník, který nekouří, by měl být dle mého názoru ve zdravotnictví prioritou. Pacient by určitě nechtěl být edukován v oblasti prevence závislosti na tabáku zdravotníkem, který je kuřákem.

I když si uvědomuji to, že většina studentů, kteří na střední školu přicházejí, už kouří, nemyslím si, že by preventivní programy, týkající se problematiky závislosti na

tabáku, byly zbytečné. Určitě je vhodné začít s výukou problematiky hned v prvním ročníku. Včlenění protikuřácké problematiky by mělo být nenásilné. Neměl by být vyvolán dojem, že protikuřácká problematika je něco výjimečného. Toho lze určitě docílit postupným a citlivým včleňováním problematiky do výuky. Je vhodné zařadit výuku protikuřáckých témat do co nejvíce předmětů, ale zároveň je třeba zajistit, aby nebyla výuka kumulována jen v určitém časovém období, ale naopak, aby byla včleňována systematicky a soustavně. Studenti by měli být vedeni k odpovědnosti nad vlastním zdravím. Samozřejmostí je zákaz kouření v prostorách školy. Studenti většinou nepřikládají dlouhodobým negativním důsledkům na lidské zdraví dostatečnou váhu. Je proto určitě dobré zdůrazňovat studentům i méně známé souvislosti a novinky z lékařských vědeckých výzkumů. Nutností se potom stává to, aby se v této oblasti vzdělávali i vyučující. Preventivních programů, které jsou zaměřeny na mládež, je velké množství. Je jen na vyučujících a vedení školy, jak k prevenci kouření budou přistupovat a jaký preventivní program si pro své studenty zvolí.

ZÁVĚR

Na základě prováděného výzkumu jsem došla k závěru, že na pražských zdravotních školách je potřeba více se zaměřit na preventivní programy, týkající se problematiky kouření a jeho negativního dopadu na zdraví jedince. Na zdravotních školách, kde byl výzkum prováděn, kouří bezmála 60 % studentů maturitních ročníků. Myslím si, že by školy měly udělat maximum pro to, aby studenti šli ve svém budoucím povolání zdravotníka příkladem.

LITERATURA:

- 1.) BUDÍNSKÝ V. *Jak přestat kouřit: 10 osvědčených způsobů*. 2.vyd. Vimperk: Lucie, 2003. s. 99. ISBN: 80-903177-3-1.
- 2.) GILMAN, S.L. *Příběh kouře : člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. . 2006. London: Dybbuk, 2006. 457 s. ISBN: 80-86862-23-2.
- 3.) HAMMOND, E.C. *Co ví věda o kouření : Následky kouření*. 1.vyd. Praha: Scientific American, 1966. 113 s. ISBN 08-068-66.
- 4.) HROMADOVÁ, D. *Kardiovaskulární onemocnění*. 1.vyd. Brno: NEPTUN, 2004. s. 190. ISBN: 80-902896-8-1.
- 5.) HRUBÁ, D. *Aby vaše dítě nekouřilo*. 1.vyd. Praha: Liga proti rakovině, 2006. 20 s. Signatura: DT 7676.
- 6.) HRUBÁ, D. Prevence kouření ve škole. *Onkologická péče*. 2008, 12, 1, s. 5 - 7. ISSN: 1214-5602.
- 7.) HRUBÁ, D.; ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Zkušenosti dětí mladšího školního věku s legálními drogami. *Česko - slovenská pediatrie*, 2009, 64, 10, s. 461 - 468. ISSN: 0069-2328.
- 8.) CHALOUPKA, J. *Jak zvládnout kuřáckou epidemii*. 2. vyd. Praha: SZÚ, 2004. 117 s. ISBN 80-7071-234-1.
- 9.) KANTOREK, M. *CHOPN: Nekouřením ke zdraví: Metodická příručka pro nemocné chronickou obstrukční plicní nemocí*. 1.vyd. Brno: 2001. 55 s. ISBN: 08-7013-354-6.
- 10.) KOZÁK, J.T. *Rizikový faktor kouření*. 1.vyd. Praha: Zdravotnické aktuality, 1993. 242 s. ISBN 80-85267-42-X.
- 11.) KRÁLÍKOVÁ, E., et al. *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. 1.vyd. Brno: Česká kardiologická společnost, 2006. 22 s. ISBN: 80-239-7362-2.
- 12.) KRÁLÍKOVÁ, E. Světový den bez tabáku : Nekuřácké prostředí. *Česká a Slovenská psychiatrie : Časopis české psychiatrické společnosti a slovenskej psychiatrickej spoločnosti*. 2007, 103, 4, s. 198-199. ISSN: 1212-0383.
- 13.) KRÁLÍKOVÁ, E; KOZÁK, J.T. *Jak přestat kouřit*. 2. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2003. 130 s. ISBN: 80-85912-68-6.
- 14.) MACKEY, J; ERIKSEN, M; SHAFETY, O. *The Tobacco atlas*. 2. vyd. Atlanta: American Cancer Society, 2006. 128 s. ISBN: 0-944235-58-1
- 15.) NEJEDLÁ M.: *Interní ošetřovatelství I*. 1.vyd. Grada Publishing a.s., 2006. s. 491. ISBN: 80-247-1148-6.
- 16.) PETRUŽELKA, L; KONOPÁSEK, B. *Klinická onkologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 274 s. ISBN: 80-246-0395-0.
- 17.) POHLOVÁ, L. Jaké jsou argumenty proti kouření. *Florence: Časopis moderního ošetřovatelství*. 2008, 4, 10, s. 397. ISSN: 1801-464X.
- 18.) SLOVIC, P. *Smoking: : risk, perception and policy*. 1.vyd. London: SAGE, 2001. 378 s. ISBN: 0-7618-2381-0.

- 19.) SOUČEK M., ŠPINAR J., SVAČINA P.: *Vnitřní lékařství pro stomatology*. 1.vyd. Grada Publishing a.s., 2005. s. 380. ISBN: 80-24713-67-5.
- 20.) ŠPINAR, J; VÍTOVEC, J. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 256 s. ISBN: 80-2471-822-7.
- 21.) ZATLOUKAL, P.; PETRUŽELKA, L. *Karcinom plic*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 367 s. ISBN: 80-7169-819-9.
- 22.) KRÁLÍKOVÁ,E.: *Závislost na tabáku*, Verze 1.0., 2009, [cit. 2011-01-15], dostupné z: http://www.euni.cz/prednaska_win.php?prednaska=81&akce=5185656>. ISSN 1802-050X.
- 23.) SCHIESSER, J.: *Altria a další tabákové firmy posílily po příznivém rozhodnutí soudu*, 2006. [cit. 2011- 22-01], dostupné z: <http://www.ipoint.cz/zpravy/5341845-bloomberg-altria-a-dalsi-tabakove-firmy-posilily-po-priznivem-rozhodnuti-soudu/.pdf>. ISSN: 1214- 2131.
- 24.) *Normální je nekouřit*, Verze 1.0. [cit. 2011-02-15], dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/normalnijenekourit/rodice.htm.pdf>.

Příloha č. 1

Mgr. Marie Hotmarová,
CSZŠ Jana Pavla II. a SOŠ sociální svaté Zdislavy,
Ječná 33, Praha 2, 120 00

Vážená paní ředitelko,

jmenuji se Tereza Sudová a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Součástí mé státní závěrečné zkoušky je i vypracování bakalářské práce na téma „Přístupy k prevenci kouření.“ Jednou z částí práce je i průzkumné šetření prevence kouření na středních zdravotnických školách.

Z tohoto důvodu si Vás dovoluji požádat o umožnění provést průzkumné šetření na Vaší škole. Výsledky budou využity pouze pro zpracování mé bakalářské práce, v případě zájmu Vám mohu výsledky předat. Ke své žádosti přikládám též dotazník.

Děkuji za kladné vyřízení.

S pozdravem

Tereza Sudová
Náměstí 130, 335 44, Kasejovice

V Kasejovicích dne 7.12. 2010


Mgr. Marie Hotmarová
ředitelka školy

Střední zdravotnická škola
Jana Pavla II.
Ječná 33, 120 00 Praha 2

Střední odborná škola sociální
svaté Zdislavy
Ječná 33, 120 00 Praha 2

Příloha č. 2

PhDr. Mária Janáková

Střední zdravotnická škola

5. května 51, 140 00, Praha 4

Vážená paní ředitelko,

jmenuji se Tereza Sudová a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Součástí mé státní závěrečné zkoušky je i vypracování bakalářské práce na téma „Přístupy k prevenci kouření.“ Jednou z částí práce je i průzkumné šetření prevence kouření na středních zdravotnických školách.

Z tohoto důvodu si Vás dovoluji požádat o umožnění provést průzkumné šetření na Vaší škole. Výsledky budou využity pouze pro zpracování mé bakalářské práce, v případě zájmu Vám mohu výsledky předat. Ke své žádosti přikládám též dotazník.

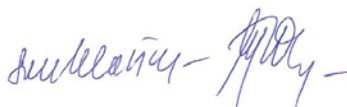
Děkuji za kladné vyřízení.

S pozdravem

Tereza Sudová

Náměstí 130, 335 44, Kasejovice

V Kasejovicích dne 7.12. 2010



Vyšší odborná škola zdravotnická
a Střední zdravotnická škola,
Praha 4, 5. května 51
- 3 -

Dotazník pro střední zdravotnické školy

Dobrý den, jmenuji se Tereza Sudová a studuji 3. ročník oboru všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Součástí mé bakalářské práce je i výzkumné šetření zabývající se prevencí kouření na pražských SZŠ. Proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění krátkého dotazníku. U každé otázky zaškrtněte jen jednu správnou odpověď. Dotazník je anonymní a bude použit jen pro zpracování mé bakalářské práce. Za vaše pravdivé odpovědi děkuji.

1.) Zabýváte se problematikou závislosti na tabáku ve vaší škole?

a) ano

b) ne

2.) Jakou formou se věnujete této problematice?

a) formou přednášek

b) problematika je probírána v rámci odborných předmětů

c) problematika se vyučuje oběma formami

3.) Jestli-že jste v předchozí otázce odpověděli za b), v jakém předmětu je tato problematika vyučována?

.....

4.) Kolik času této problematice přibližně věnujete? (po dobu celého 4letého studia studentů)

.....

5.) Myslíte si, že časová dotace určená pro tuto problematiku, je dostatečná?

a) ano

b) ne

6.) Jaké metody výuky v prevenci kouření používáte?

.....

.....

.....

7.) Myslíte si, že ve vaší škole kouří více než polovina žáků v jedné třídě?

a) ano

b) ne

c) nevím

8.) Jak by jste hodnotili výuku prevence závislosti na tabáku na vaší škole?

•1.....•2.....•3.....•4.....•5

velmi

spíše

střed

spíše

velmi

dobrá

dobrá

špatná

špatná

9.) Jak by jste hodnotili výuku léčby závislosti na tabáku (role sestry) na vaší škole?

•1.....•2.....•3.....•4.....•5

velmi

spíše

střed

spíše

velmi

dobrá

dobrá

špatná

špatná

Děkuji Vám za Váš čas, který jste věnovali vyplňování tohoto dotazníku.

Dotazník pro studenty středních zdravotnických škol

Dobrý den, jmenuji se Tereza Sudová a studuji 3. ročník oboru všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Součástí mé bakalářské práce je i výzkumné šetření zabývající se prevencí kouření na pražských SZŠ. Proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění krátkého dotazníku. U každé otázky zaškrtněte jen jednu správnou odpověď. Dotazník je anonymní a bude použit jen pro zpracování mé bakalářské práce. Za vaše pravdivé odpovědi děkuji.

1.) Věk:

2.) Pohlaví:

3.) Studuji obor:

4.) Jsem:

a) nekuřák či bývalý kuřák (přejděte k otázce č.10)

b) kuřák (nejméně jedna cigareta denně)

c) příležitostný kuřák

5.) Kouří alespoň jeden z Vašich rodičů?

a) ano

b) ne

6.) V kolika letech jste začal(a) kouřit? _____.

7.) Kolik cigaret denně vykouříte? :

a) 1-5

b) 6-10

c) 11-15

d) 16- 20

e) více než 20

8.) Při jakých příležitostech nejčastěji kouříte?

- a) na diskotéce
- b) s přítelkyní/ přítelem
- c) s partou
- d) když se mi něco nedaří
- e) když se nudím
- f) když kouří ostatní

9.) Chtěl(a) by jste přestat kouřit?

- a) ano
- b) ne

10.) I přes to, že studujete SZŠ a víte, že kouření poškozuje zdraví, co si myslíte, že je důvodem, že jste kouřit ještě nepřestal(a)?

- a) nemám pevnou vůli
- b) rizika si neuvědomuji
- c) nevím

11.) Slyšeli jste někdy o nějakých preventivních programech týkajících se kouření?

- a) ano, vyjmenujte-
- b) ano, ale na konkrétní názvy si nevzpomenu
- c) ne

12.) Zabýváte se při vyučovacích hodinách problematikou závislosti na tabáku?

- a) ano
- b) ne (přejděte na otázku 14)

13.) Jestli-že ano, ovlivnila tato výuka nějak pozitivně vaše chování?

- a) ano, pokusil (a) jsem se přestat kouřit
- b) ano, přestal (a) jsem kouřit
- c) ne

14.) Jak by jste hodnotili výuku problematiky závislosti na tabáku na vaší škole?

•1.....•2.....•3.....•4.....•5

velmi	spíše	střed	spíše	velmi
dobrá	dobrá		špatná	špatná

Děkuji Vám za Váš čas, který jste věnovali vyplňování tohoto dotazníku.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]